

UNIVERSITÉ DE SHERBROOKE

MÉMOIRE DOCTORAL PRÉSENTÉ À  
LA FACULTÉ DES LETTRES ET DES SCIENCES HUMAINES

COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE (D.Ps)

PAR  
LAURIE LABERGE

GESTION DÉFAILLANTE DU  
CONTRE-TRANSFERT ÉROTIQUE

OCTOBRE 2019

## Composition du jury

Gestion défaillante du contre-transfert érotique

Laurie Laberge

Ce mémoire a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Jean Descôteaux, directeur de recherche

(Département de psychologie, Faculté des lettres et des sciences humaines, Université  
de Sherbrooke)

Anne Brault-Labbé, membre du jury

(Département de psychologie, Faculté des lettres et des sciences humaines, Université de  
Sherbrooke)

Marie Papineau, membre du jury

(Département de psychologie, Faculté des lettres et des sciences humaines, Université de  
Sherbrooke)

## Sommaire

La violation des frontières sexuelles dans le cadre d'une relation thérapeutique constitue un acte dévastateur non seulement pour le client et le thérapeute mais également pour les institutions, pour la profession ainsi que pour la communauté (Sandler & Godley, 2004; Slochower, 2017). Même si les lois à respecter en la matière sont explicites et enseignées dans le cadre de la formation des thérapeutes, même si les dommages qui découlent des violations de frontières sexuelles sont bien documentés, des infractions de cette nature continuent d'être perpétrées. Qu'est-ce qui fait que certains thérapeutes passent à l'acte alors que d'autres savent comment reconnaître et gérer efficacement ce type de contre-transfert particulier qu'est celui du contre-transfert érotique? Afin de mettre en lumière les facteurs de risque ainsi que les facteurs de protection potentiellement associés aux débordements d'un contre-transfert érotique, selon une approche essentiellement psychanalytique, la question a principalement été abordée sous l'angle de la variabilité interindividuelle des thérapeutes dans la présente recherche. Les objectifs principaux visés par cette étude étaient de : 1) documenter le lien entre la capacité du thérapeute à gérer un contre-transfert érotique et les caractéristiques individuelles du thérapeute (traits de personnalité; détresse psychologique; habiletés à gérer un contre-transfert); 2) obtenir des données qualitatives sur la gestion de contre-transfert érotique afin d'en dégager des facteurs de risque et de protection rapportés par les participants; 3) obtenir des données qualitatives sur l'expérience de dévoilement et de non-dévoilement de contre-transfert érotique; et 4) explorer le degré de sensibilisation des thérapeutes en lien avec le contre-transfert érotique et sa gestion (niveau d'aisance

face au phénomène; formation reçue sur le sujet). Les analyses effectuées sur les données recueillies auprès des 98 thérapeutes sondés tendent à indiquer que quatre facteurs associés aux caractéristiques du thérapeute pourraient avoir un lien positif avec une gestion défailante de contre-transfert érotique. En effet, la détresse psychologique et le narcissisme pathologique constitueraient des facteurs associés positivement à la gestion défailante du contre-transfert érotique tandis que la capacité du thérapeute à gérer son contre-transfert ainsi que sa capacité empathique seraient des facteurs associés négativement à la gestion défailante du contre-transfert érotique. Globalement, les résultats suggèrent aussi que la supervision clinique, la consultation de collègues, la sensibilisation du thérapeute quant au thème du contre-transfert érotique (lecture sur le sujet, formation reçue sur le sujet) et la thérapie personnelle constitueraient des facteurs de protection quant aux débordements de contre-transfert érotique tandis qu'un événement de vie difficile vécu par le thérapeute (deuil d'un proche, rupture amoureuse) représenterait un facteur de risque face aux débordements de contre-transfert érotique. Les implications cliniques de ces résultats, comme l'importance de promouvoir la santé psychologique des thérapeutes et l'importance d'encourager ces derniers à entretenir des pratiques permettant le développement d'une conscience réflexive, sont mises en lumière dans la discussion accompagnée de pistes de recherches futures à la lumière des forces et limites de l'étude.

**MOTS-CLÉS** : contre-transfert érotique, gestion de contre-transfert, violation de frontières thérapeutiques, devis mixte

## Table des matières

Sommaire.....	iii
Tables des matières.....	iv
Liste des tableaux.....	vii
Remerciements.....	viii
Introduction.....	1
Contexte théorique.....	3
Transfert et contre-transfert.....	4
Le transfert.....	4
Le contre-transfert.....	5
Comportements contre-transférentiels.....	6
Le contre-transfert : obstacle vs. allié.....	7
CT subjectif vs. objectif.....	8
Transfert érotique et contre-transfert érotique.....	9
Transfert érotique.....	9
Contre-transfert érotique.....	10
Prévalence.....	10
Évolution de l'intérêt porté au contre-transfert érotique.....	14
Éthique et déontologie.....	15
Éthique.....	15
Déontologie.....	16
Dilemme éthique et contre-transfert érotique.....	20
Tabou, formation et orientation théorique.....	21
Frontières thérapeutiques.....	24
Franchissements vs. violations de frontières.....	26
La pente glissante.....	27
Gestion du contre-transfert.....	29
Habilités du thérapeute.....	30
Soins personnels.....	37
Années d'expérience.....	37
Bien-être psychologique.....	38
Personnalité du thérapeute.....	40
Narcissisme.....	46
Narcissisme vulnérable.....	49
Le narcissisme vulnérable chez le thérapeute.....	50
Narcissisme grandiose.....	51
Narcissisme et exploitation d'autrui.....	51
Histoire de vie.....	52
Événements de vie et stress.....	53
Supervision et consultation clinique.....	54
Supervision et alliance de travail.....	55
Honte.....	57
Honte et narcissisme.....	58

Objectifs et hypothèses .....	59
Méthode.....	61
Devis de l'étude.....	62
Participants et déroulement .....	63
Profil socio-démographique des participants .....	65
Instruments de mesure.....	68
Questionnaire socio-démographique.....	68
Questionnaire sur le contre-transfert érotique.....	68
<i>Exploitation Index</i> .....	69
Questionnaires sur le narcissisme pathologique.....	74
Échelle de narcissisme pathologique .....	74
<i>Hypersensitive narcissism scale</i> .....	75
Échelle de mesure des manifestations de détresse psychologique.....	76
<i>Countertransference Factors Inventory</i> .....	77
<i>Working Alliance Inventory</i> .....	79
<i>Interpersonal Reactivity Index</i> .....	80
Questions ouvertes.....	81
Résultats .....	83
Analyses préliminaires .....	84
Analyses principaux .....	87
Corrélations entre les variables à l'étude.....	87
Vérification du rôle prédictif .....	91
Analyse thématique .....	93
Réactions inhérentes au contre-transfert érotique.....	93
Inconfort face à contre-transfert érotique.....	93
Impacts sur la relation thérapeutique.....	95
Agissements bénins du contre-transfert érotique.....	95
Facteurs de risque.....	96
Événements de vie difficiles.....	96
Facteurs de protection.....	97
Expérience positive de dévoilement.....	97
Recommandations des participants.....	99
Formation universitaire .....	100
Formation continue.....	101
Discussion.....	104
La détresse psychologique.....	106
Le narcissisme grandiose.....	109
Le narcissisme vulnérable.....	112
Les habiletés personnelles.....	114
Capacité empathique.....	115
Retour sur les objectifs exploratoires.....	116
Facteurs de risque.....	116
Facteurs de protection.....	118
Dévoilement de contre-transfert érotique.....	119

Sensibilisation.....	120
Recommandations.....	121
Retombés de l'étude.....	123
Apports scientifiques.....	123
Apports cliniques .....	124
Limites et pistes de recherches futures .....	125
Conclusion.....	130
Références.....	137
Appendice A : Courrier électronique de l'Ordre des psychologues du Québec.....	150
Appendice B : Message de sollicitation aux participants.....	152
Appendice C : Formulaire d'information et de consentement.....	154
Appendice D : Questionnaire sociodémographique & section qualitative.....	158
Appendice E : <i>Countertransference Factors Inventory – Revised</i> .....	166
Appendice F : Questionnaire sur le contre-transfert.....	170
Appendice G : Échelle de narcissisme pathologique.....	174
Appendice H : Échelle de mesure des manifestations de la détresse psychologique.....	178
Appendice I : <i>Exploitation Index</i> (version française).....	180
Appendice J : <i>Interpersonal Reactivity Index</i> (version française).....	185
Appendice K : <i>Working Alliance Inventory – Trainee</i> (version française).....	188
Appendice L : <i>Hypersensitive narcissism scale</i> (version française).....	191
Appendice M : Autorisation à utiliser WAI-T .....	193

## Liste des tableaux

### Tableau

1	Distribution des participants selon les variables sociodémographiques.....	66
2	Moyennes, écarts-types, minimum, maximum, asymétrie et aplatissement des variables.....	86
3	Corrélation de Pearson entre les variables.....	90
4	Prédiction du risque de violation de frontière thérapeutique selon les caractéristiques individuelles du thérapeute.....	91
5	Portrait global de la thématisation : Expérience subjective de CTÉ.....	93



## **Remerciements**

Les mots me manquent pour exprimer toute la gratitude et la reconnaissance que je ressens envers ceux et celles qui m'ont aidée à me rendre jusqu'ici. Ce travail est le fruit d'une persévérance que je ne me connaissais pas et qui n'aurait pas pu se révéler sans le soutien et les encouragements de beaucoup de gens. D'abord, un grand merci à mon directeur Jean Descôteaux pour son temps, son intelligence, sa bonne humeur et sa passion contagieuse. Par ton emballement et ta curiosité, tu auras presque réussi à me faire aimer les analyses statistiques.

Merci à mes amours, mes amies pour la vie, Anne-Marie, Catherine et Franke. Vous m'inspirez tellement. Un merci particulier à « ma blonde » pour toute la lumière qu'elle irradie et pour sa capacité à si bien me compléter. Merci à Cynthia Aubin-Cantin, Roxane Meilleur et Philippe Valois pour leur précieuse aide. Merci aussi à la plus merveilleuse des cohortes. En arrivant à Sherbrooke en 2012 je me suis trouvé une deuxième famille : vous avez tous un peu contribué à cette thèse.

Je remercie mon complice, mon ami et mon amoureux Rafael de m'avoir soutenu et enduré à travers toutes les montagnes russes. Je n'y serais pas arrivée sans tes encouragements, ton intelligence émotionnelle, ta patience et ton support. Merci d'être si doué pour me faire rire même dans les moments les plus difficiles.

Merci à Geneviève que j'appellerai peut-être toujours « ma superviseure » mais qui est beaucoup plus que ça dans mon cœur. Merci pour ta présence, ta confiance, ta douceur et ta bienveillance.

Merci à toutes les clientes et tous les clients qui ont croisé ma route à ce jour et qui m'ont fait confiance : vous m'avez fait grandir et vous avez aussi contribué à ce mémoire. Je remercie aussi tous les thérapeutes qui ont accepté de participer à cette recherche : merci pour votre générosité et votre ouverture.

Un merci spécial aux membres du jury Anne Brault-Labbé et Marie Papineau pour leur temps et tous leurs précieux commentaires.

Merci à ma famille : Danye, merci de m'avoir inculqué persévérance, autonomie et courage. Dave, merci de m'avoir transmis ta curiosité et ta vivacité d'esprit. Jess, merci d'être là et de m'aimer autant. Tu ne cesses de m'impressionner et te voir évoluer me rend fière et m'inspire constamment. Kev, initialement, c'est surtout mon entêtement à mieux vouloir te comprendre qui m'a attiré vers le domaine de la psychologie. Ce mémoire t'est dédié.

## **Introduction**

*« Quel est le sceau de la liberté réalisée ?  
Ne plus avoir honte devant soi-même. »  
– F. Nietzsche*

*« A man is only as sick as the secrets he keeps. »  
–Anonyme*

Depuis 1950, les thérapeutes peuvent jouir d'une documentation foisonnante visant à expliquer, comprendre et démystifier un large spectre de réactions contre-transférentielles telles que la haine, la rage, le désespoir, l'ennui, la peur, l'anxiété, l'envie et l'attirance sexuelle (Tansey, 1994). Alors que certains auteurs le surnomment le « sujet inexistant » (Pope, Sonne, & Holroyd, 1993) et que d'autres le qualifient de « sujet impossible » (Davies, 1998), il semble que le contre-transfert érotique (CTÉ) demeure encore un sujet tabou tant dans le domaine de la recherche clinique que dans les programmes de formation et que dans les contextes de supervisions cliniques (Celenza, 2010). En effet, malgré un intérêt croissant pour l'analyse du contre-transfert en tant qu'outil thérapeutique, il s'avère que tous les autres types de contre-transfert aient été davantage approfondis que le CTÉ (Kernberg, 1994). Quelles sont les conséquences de ce tabou entourant le CTÉ ?

## **Contexte théorique**

## **Transfert et contre-transfert**

Depuis l'apparition du terme introduit par Freud en 1910 jusqu'à sa conceptualisation contemporaine, la définition du contre-transfert (CT) a subi plusieurs mutations. L'évolution du concept pourrait s'exprimer en trois périodes principales représentées respectivement par la vision classique, la *totaliste* ainsi que l'intégrative (ou la relationnelle). Puisque, à différents degrés, la notion de transfert est impliquée dans chacune de ces visions, il importe de définir le transfert avant de présenter les trois grandes écoles de pensées associées au CT.

### **Le transfert**

La définition la plus moderne du transfert et celle qui est aussi la plus largement utilisée est la suivante : les perceptions et les réactions du patient envers le thérapeute qui sont modelées par les structures psychologiques du patient et par son passé (Gelso & Bhatia, 2012; Gelso & Hayes, 1998). Ces perceptions et ces expériences impliquent un déplacement sur le thérapeute d'attitudes, de sentiments et de comportements appartenant à des relations significatives antérieures (Gelso & Bhatia, 2012; Gelso & Hayes, 1998). Le transfert peut par exemple révéler des craintes du patient et des sentiments agressifs, comme dans le transfert négatif, ou des souhaits comme dans les transferts positifs ou idéalisants (Gelso & Bhatia, 2012).

## **Le contre-transfert**

La place accordée au transfert dans les diverses conceptions du CT diverge. D'abord, dans la vision classique, le CT représente une résonance presque directe au transfert du client. Le CT classique est compris comme le transfert du thérapeute, activé par le transfert du client. Selon cette vision, principalement associée à Annie Reich (1951), il est soutenu que le CT est constitué des réactions pathologiques et inconscientes du thérapeute envers le patient qui émanent de la psyché du thérapeute. Reich (1951) affirmait que le CT était inévitable mais qu'il devait rester sombre et surtout, en arrière-plan. Dans cette perspective classique, le CT constitue toujours une interférence nuisible au processus thérapeutique et il reflète des conflits non-résolus du thérapeute que ce dernier se doit de surmonter (Book, 1997; Strean, 2001; Tansey & Burke, 1989).

Dans la vision *totaliste* ou inclusive, on avance que toutes les réactions et que tous les affects que le thérapeute ressent envers le client représentent le CT. Dans ce courant, le CT réfère aux réactions tant conscientes qu'inconscientes d'un thérapeute face à un client, liées à un conflit psychique ou simplement à la réalité, en réponse, entre autres choses, mais pas nécessairement, au transfert du client (Hayes, 2004; Kernberg, 1990; Racker, 1957). La définition *totaliste* réfère aux visions notamment préconisées par Racker (1957) et Kernberg (1990).

Hayes et Gelso (2011) sont les principaux auteurs associés au courant qui se conceptualise à mi-chemin entre la vision classique et la *totaliste* : la vision intégrative

ou relationnelle. Dans celle-ci, le CT est compris comme étant conscient ou inconscient et prenant toujours source dans des éléments appartenant au thérapeute en réponse au transfert ou à d'autres facteurs associés au client (Hayes, 2011). En comparaison à la vision classique de Reich (1951), ici le CT est conçu comme une source importante d'informations, potentiellement utile à la compréhension du client et au processus thérapeutique. Ce qui distingue principalement la définition intégrative de la *totaliste* est que, dans l'intégrative, davantage de valeur est accordée à la contribution du thérapeute dans le CT. La définition intégrative suivante, proposée par Gelso et Hayes (1998), semble être celle qui représente le mieux la position contemporaine actuelle de la psychanalyse sur ce que représente le CT : les réactions internes et externes du thérapeute en lien avec le patient et basées sur les conflits non-résolus et sur les vulnérabilités du thérapeute.

**Comportements contre-transférentiels.** Tel que clarifié par Bessette (2012), une distinction entre sentiments contre-transférentiels et comportement contre-transférentiel est communément spécifiée. À ce sujet, en 1987, Robbins et Jolkovski avancent que les sentiments contre-transférentiels peuvent être vus comme inévitables et potentiellement bénéfiques à la compréhension du client alors que les comportements, communément appelés les passages à l'acte contre-transférentiels, sont susceptibles de nuire à la thérapie car ils peuvent notamment altérer la fonction empathique (Lane, 1986). Cela dit, tout comme les sentiments contre-transférentiels, les passages à l'acte contre-transférentiels sont inévitables. Effectivement, on soutient que le CT est souvent d'abord



inconscient et que l'on serait en mesure d'en prendre conscience principalement par les gestes et les attitudes qui en découlent (Gabbard, 1997), d'où l'incohérence d'accorder une valence systématiquement négative aux passages à l'acte contre-transférentiels.

**Le contre-transfert : obstacle vs. allié.** La majorité des chercheurs et des cliniciens de diverses approches s'entend pour reconnaître la valeur du CT en tant qu'outil thérapeutique et pour soutenir que s'il n'est pas compris et géré par le thérapeute, il peut avoir des conséquences dommageables pour l'alliance thérapeutique et pour le client (Gelso & Hayes, 1998). En tant qu'outil, le CT est reconnu comme étant une source précieuse, brute et unique d'information clinique quant aux mécanismes de défense, aux modes relationnels, aux relations d'objet intériorisées et à l'état émotionnel du client (Hayes, 2011). Cela dit, lorsque non-reconnu, incompris, nié ou refoulé, il peut mener à un passage à l'acte contre-transférentiel pouvant parfois altérer la capacité empathique et ce faisant, dans certains cas, mener à des actes représentant des transgressions de frontières thérapeutiques. Peabody et Gelso (1982) avancent d'ailleurs que la capacité empathique générale d'un thérapeute, qui elle, est étroitement associée à la gestion efficace d'un CT, est négativement associée aux comportements contre-transférentiels. Cette conclusion découle d'une étude impliquant 20 dyades de thérapeutes-clients et elle s'organisait en deux parties. Le groupe des thérapeutes était constitué de 20 aspirants thérapeutes, doctorants dans un programme universitaire de counseling. Le groupe des clients était constitué de 20 étudiantes au baccalauréat en psychologie s'étant portées volontaires à participer à l'étude à titre de cliente pour une séance de psychothérapie.

Dans la première partie de l'étude, chaque thérapeute rencontrait une cliente pour une séance de psychothérapie d'une durée d'une heure. La cliente était invitée à parler d'une vraie situation préoccupante ou problématique pour elle. Suite à cette rencontre, la cliente était invitée à répondre à un questionnaire visant à mesurer la capacité empathique du thérapeute qu'elle avait rencontré (Barrett-Lennard Relationship Inventory [BLRI]; Barrett-Lennard, 1962). Dans la deuxième partie, qui avait lieu une semaine après la première, les thérapeutes visionnaient et répondaient aux enregistrements vidéo de Yulis et Kiesler (1968) dépeignant des clientes dans une séance de psychothérapie. Dans ceux-ci, on voyait trois types de « clientes-actrices » soit une cliente hostile, une séductrice ainsi qu'une autre interprétant une cliente neutre. En visionnant les extraits de ces vidéos, les thérapeutes devaient choisir quelle attitude ils seraient enclins à adopter ou quels types d'interventions ils seraient susceptibles d'effectuer en présence de ladite cliente parmi un choix de réponses développé par Yulis et Kiesler (1968). Finalement, suite au visionnement, les thérapeutes répondaient à un questionnaire portant sur le contre-transfert. Les résultats de cette étude suggéraient que l'empathie des thérapeutes était négativement associée aux comportements contre-transférentiels avec les clientes séductrices, mais pas avec les clientes hostiles ou neutres. Par ailleurs, les résultats de l'étude suggéraient aussi que la capacité empathique des thérapeutes était positivement associée à leur ouverture face au contre-transfert.

**Contre-transfert subjectif vs. objectif.** Afin de faciliter la distinction entre le CT potentiellement nuisible du CT potentiellement bénéfique au processus thérapeutique,

Kiesler (2001) identifie deux catégories de CT pouvant se déployer au sein de la relation thérapeutique. La première catégorie réfère au CT subjectif dans lequel les réactions du thérapeute en lien avec le client relèvent des conflits non-résolus et des vulnérabilités propres au thérapeute. Le CT objectif renverrait quant à lui aux réactions du thérapeute suscitées principalement par ce que Kiesler appelle le comportement mésadapté du client. Kiesler soutient que, dans le premier cas, les réactions du thérapeute peuvent nuire au processus thérapeutique si elles ne sont pas détectées et que, dans l'autre, les réactions du thérapeute peuvent s'avérer utiles au processus thérapeutique.

### **Transfert et contre-transfert érotique**

#### **Transfert érotique**

Le transfert érotique a initialement été défini par Freud (1915) dans *Observations on Transference Love* en tant que « phénomène survenant lorsqu'un patient déclare ouvertement être tombé amoureux de son analyste » [traduction libre] (p.116). La définition du transfert érotique de Greenson (1967) est toutefois celle qui est largement et couramment utilisée dans la littérature psychanalytique : « Tout transfert dans lequel les fantasmes du patient contiennent des éléments qui sont principalement de nature révérencielle, romantique, intime, sensuelle ou sexuelle. » [traduction libre] (p.339). Wrye et Welles (1989) soulignent quant à eux que l'érotique en thérapie est non seulement synonyme de tendresse, de sensualité, de romance, mais aussi de sadisme, d'agressivité et de masochisme.

### **Contre-transfert érotique**

Tel qu'explicité ci-dessus, il est possible et parfois utile de distinguer sentiments contre-transférentiels d'agissements contre-transférentiels. Cela dit, le concept du CT en soi réfère généralement aux deux composantes du phénomène. En effet, le CT réfère tant à l'expérience interne du thérapeute qu'aux agissements pouvant découler de cette expérience. En ce qui concerne plus spécifiquement le CTÉ, il est généralement reconnu qu'il implique les réactions tant internes (fantasmes, désir) qu'externes (comportements de séduction, accolades) et qu'il peut être ressenti par le thérapeute envers le client (attirance, sentiments amoureux) ou envers lui-même (sentiments secondaires découlant du CTÉ telle que de la honte, de la culpabilité, de la confusion, etc.). Tel qu'expliqué par Mann (2003) :

[Le contre-transfert érotique] implique amour, sexualité et beaucoup plus. Il inclut toutes les pensées sensuelles ou sexuelles que le thérapeute peut ressentir envers le patient et inclut non seulement l'attirance et l'excitation sexuelle mais également l'anxiété ou l'excitation générée par l'aspect rebutant de ce type de sentiment. [traduction libre] (p. 6).

Autrement dit, le CTÉ représente tant le désir sexuel et les sentiments amoureux éprouvés par le thérapeute que les comportements pouvant découler de ces ressentis tel que le contact physique avec un client ou le fait de poser des questions inappropriées sur la vie sexuelle d'un client.

**Prévalence.** Le tabou persistant qui entoure le phénomène du CTÉ porte particulièrement à réflexion compte tenu des études qui suggèrent que la quasi-totalité des professionnels du domaine de la santé mentale affirme avoir déjà été sexuellement

attirée par un(e) client(e) (Bernsen, Pope, & Tabachnick, 1987) et que la plupart de ceux-ci affirment avoir ensuite ressenti de la culpabilité, de la confusion et de l'anxiété associée à cette attirance (Pope, Keith-Spiegel, & Tabachnick, 1987; Rodolfa et al., 1994; Stake & Oliver, 1991). En effet, selon une étude effectuée aux États-Unis en 1987 auprès de psychothérapeutes, 95 % des hommes et 76 % des femmes thérapeutes affirmaient avoir déjà ressenti une attirance pour un(e) client(e) (Spiegel & Tabachnick, 1987). On estime par ailleurs généralement qu'approximativement 5 à 10 % des psychothérapeutes s'engageraient dans des relations de nature sexuelle avec leur client (Pope, Keith-Spiegel, & Tabachnick, 2006).

En regard de la variabilité inter-sexe face au phénomène de la gestion du CTÉ, 10 à 12 % des hommes et 1 à 3 % des femmes thérapeutes rapporteraient avoir déjà commis un rapprochement sexuel malsain avec un client au cours de leur pratique (Gabbard, 1994; Pope & Tabachnick, 1993). Ces données sont consistantes avec plusieurs autres recherches nationales qui concluent elles aussi que les thérapeutes de sexe masculin, représentés à plus de 85 % dans tous les cas de d'inconduites sexuelles répertoriées, seraient effectivement plus enclins à transgresser des frontières sexuelles avec un(e) patient(e) que les thérapeutes de sexe féminin (Gartrell, Herman, Olarte, Feldstein, & Localio, 1986; Perry, 1976).

Cela dit, les nombreuses sources de biais potentiellement impliquées dans ce type d'études autorévélatrices – l'auto-sélection des participants, la désirabilité sociale, la peur

des représailles - permettent de présumer que les recensions recèlent probablement des statistiques sous-représentant le phénomène à l'étude (Halter, Brown, & Stone, 2007). Dans la majorité des portraits statistiques dressés, il est rapporté que le taux des questionnaires non-retourné varie entre 40 et 80 % (Epstein, 1994). Il est donc effectivement communément admis qu'un grand nombre d'incidents d'inconduite sexuelle est et demeure non-dévoilé, non-rapporté (Swiggart, Starr, Finlayson, & Spickard Jr., 2008; Donaldson, 1994).

Bien que des inconduites sexuelles soient également commises par les professionnels québécois, à ce jour, aucune étude ne permettrait de broser un tel portrait statistique juste de la situation actuelle (Beauchesne & Boisclair, 2007). Néanmoins, même si de façon anecdotique, dans l'une de ses fiches déontologiques l'Ordre des psychologues du Québec (OPQ) décrit que : « la jurisprudence foisonne de cas en matière d'inconduite sexuelle » (2002, p.4). À titre d'exemple, selon leurs données, sept plaintes pour inconduite sexuelle auraient été déposées en 2005-2006, sur un total de 194 demandes d'enquête. Parmi celles-ci, quatre auraient été acheminées au Comité de discipline, ce qui aurait résulté pour les professionnels reconnus coupables en des radiations variant de six à 21 mois, selon les circonstances.

Par ailleurs, aux États-Unis, les cas d'inculpation en matière d'inconduite sexuelle chez les médecins accroissent au fil des ans. Bien que les médecins ne représentent pas directement la population ciblée dans la présente étude, le parallèle entre ces derniers et

les psychothérapeutes apparaît pertinent à explorer notamment compte tenu des enjeux transférentiels aussi impliqués dans la relation médecin-patient ainsi qu'en raison de l'inhérence du déséquilibre des pouvoirs tant dans le contexte de la psychothérapie que dans un contexte médical. En effet, Dehlendorf et Wolfe (1998) se sont aperçu que le nombre de médecins sanctionnés pour des cas d'inconduite sexuelle est passé de 42 cas en 1989 à 147 cas en 1996 et qu'alors qu'en 1989, de tous les cas disciplinaires répertoriés, 2,1 % étaient de nature sexuelle alors qu'en 1996, cette proportion serait passée à 4,4 %. Il apparaît raisonnable de présumer que les statistiques canadiennes en la matière s'apparentent à celles de nos voisins du sud. Cela dit, bien qu'une augmentation de la prévalence des cas disciplinaires répertoriés puisse sembler surprenante, il importe de spécifier que cette augmentation de médecins dénoncés et sanctionnés n'équivaut pas à une augmentation des abus perpétrés. Effectivement, les études illustrent que la prévalence des cas de contact sexuel entre thérapeute et client serait stable (Little, 2018). Afin d'expliquer cette augmentation du taux de dénonciation, on identifie les médias, les professionnels de la santé et les groupes de défense comme principaux responsables d'une vague de sensibilisation et d'incitation à briser le silence (Esptein, 1994). De manière similaire à d'autres études, la recension de Dehlendorf et Wolfe (1998) a également permis d'observer que la majorité des médecins inculpés pour des infractions de nature sexuelle étaient spécialisés en psychiatrie, en pédopsychiatrie et en médecine familiale et qu'au moment d'être accusés, ils étaient plus âgés que la moyenne des médecins. Ces chercheurs soulignent par ailleurs le paradoxe voulant que les psychiatres

seraient les médecins qui, dans les mesures autorévéloées, rapporteraient le moins de contacts sexuels avec leur patient (Gartrell, Herman, Olarte, Feldstein, & Localio, 1986).

**Évolution de l'intérêt porté au contre-transfert érotique.** Même s'il s'agit d'un sujet qui fait partie des annales du domaine de la psychologie, ne serait-ce que par l'existence de cas notoires tels que celui de Breuer et d'Anna O ainsi que de celui de Jung et de Sabina Spielrein (Mann, 1999), peu de recherches ont été menées sur le CTÉ à ce jour (Bonasia, 2001) et la documentation qui y est associée relève fréquemment d'études de cas. À cet égard, Pope et Tabachnick (1993) s'intéressent notamment à un phénomène qu'ils nomment « la résistance historique » de la recherche clinique face à ce sujet, suggérant un tabou entourant le CTÉ et les conduites sexuelles. En tentant d'expliquer un certain manque d'intérêt qu'ils constatent actuellement dans le domaine pour le CTÉ, Bonasia (2001) et Jorstad (2002) partagent l'avis de Green (1995) qui dit remarquer un phénomène de *dé-sexualisation* progressive du domaine psychanalytique et d'un retour vers le puritanisme. Pareillement, Gabbard (1994) déplore une vision moderne réductrice des conduites sexuelles en évoquant une position *politically correct* de la part de la communauté qui nuit à une meilleure compréhension de la problématique. Il dit du modèle de la « mauvaise pomme », qui représente la position *politically correct* voulant que les méchants thérapeutes s'en prennent aux patientes sans défense (Gutheil et Gabbard, 1992) - qu'il est stéréotypé, étroit, stigmatisant et qu'il nuit à une meilleure prévention des infractions de cette nature.



## **Éthique et déontologie**

### **Éthique**

En 1989, plusieurs études menées auprès de thérapeutes visaient à apprécier leur position éthique face à plusieurs enjeux, notamment face aux inconduites sexuelles. Dans l'étude réalisée par Conte, Plutchik, Picard et Karasu (1989) aux États-Unis, l'échantillon de thérapeutes était notamment constituée d'une proportion de 74 % de psychiatres et de 20 % de psychologues. À l'époque, bien que l'Association Américaine de Psychologie (APA) condamnait déjà les relations sexuelles avec les patients pendant le cours d'une thérapie, seulement 80 % des répondants avaient dit considérer cet acte comme une faute professionnelle (Conte et al., 1989). Dans la même étude, 10 % des participants avaient répondu que de terminer un suivi thérapeutique avec un(e) patient(e) dans le but d'avoir des relations sexuelles avec lui/elle représentait pour eux un comportement inapproprié mais éthique. En regard des questions traitant du mariage et du thème de la sexualité, les réponses obtenues auprès des thérapeutes s'associant à l'approche psychanalytique tendaient à être plus conservatrices que celles obtenues auprès des thérapeutes s'associant davantage aux autres approches thérapeutiques. À titre d'exemples, le mariage avec un(e) patient(e) pendant la thérapie, avoir des contacts sexuels avec un(e) patient(e) rencontré(e) à une ou deux reprises en consultation ou avoir des relations sexuelles avec un membre de l'entourage d'un(e) patient(e) suite à la terminaison d'une thérapie avec ledit-ladite patient(e) représentaient des situations jugées « totalement non éthique » par les thérapeutes s'affiliant à l'approche psychanalytique alors qu'elles représentaient des situations « modérément

inappropriées » pour les thérapeutes priorisant d'autres approches. En regard des questions traitant des enjeux éthiques concernant d'autres champs que le mariage et la sexualité, tel que le prolongement d'un suivi thérapeutique ainsi que le paiement des honoraires, la position des thérapeutes non-psychanalystes était cependant plus conservatrice que celles des psychanalystes. Effectivement, les thérapeutes non-psychanalystes s'étaient révélés plus fortement en désaccord avec le fait de prolonger une thérapie avec un(e) patient(e) leur manifestant leur impression d'avoir atteint ses objectifs de suivi et avec le fait d'accepter de rencontrer un(e) patient(e) incapable de défrayer les frais pour une séance. De manière similaire, une étude menée par Bory et Pope (1989) révélait que 28 % des thérapeutes consultés considéraient éthique d'avoir des relations sexuelles avec un(e) patient(e) après une terminaison de suivi.

### **Déontologie**

La commission de l'éthique en science et en technologie du gouvernement du Québec (2013) exprime de façon limpide la signification du terme « déontologie » :

Le terme « déontologie » vient du grec *deontos* qui veut dire « devoir ». Dans son sens courant, il renvoie aux obligations que des personnes sont tenues de respecter dans leur travail. Les codes, généralement fixés par les ordres professionnels, exercent deux fonctions principales : protéger le public et préserver la réputation des travailleurs. Ces deux valeurs sont menacées lors d'une infraction à un code. (paragr. 4)

Ceci dit, il importe de spécifier que les codes déontologiques, notamment celui des psychologues, n'ont pas de validité juridique et qu'ils ne protègent donc pas judiciairement le public contre les abus de conduite du psychologue. La connaissance du

droit commun permet plutôt au psychologue de garantir un service de qualité régi par des normes.

Depuis l'entrée en vigueur de l'article 59.1 du Code des professions en 1994, plusieurs ordres professionnels, notamment l'OPQ, s'appliquent à rappeler régulièrement à ses membres sa politique de tolérance zéro en ce qui concerne les inconduites sexuelles. L'article 26 de la section IV - intitulée *conflit d'intérêts et indépendance professionnelle* - du Code de déontologie des psychologues du Québec aborde directement les inconduites sexuelles:

Pendant la durée de la relation professionnelle, le psychologue n'établit pas de liens d'amitié susceptibles de compromettre la qualité de ses services professionnels, ni de liens amoureux ou sexuels avec un client, ne tient pas de propos abusifs à caractère sexuel et ne pose pas de gestes abusifs à caractère sexuel à l'égard d'un client. La durée de la relation professionnelle est déterminée en tenant compte notamment de la nature de la problématique et de la durée des services professionnels donnés, de la vulnérabilité du client et de la probabilité d'avoir à rendre à nouveau des services professionnels à ce client. (D. 439-2008, chapitre II, section IV, art. 26.)

En ce qui concerne la durée de la relation professionnelle après la fin d'un suivi thérapeutique, l'OPQ se positionne en établissant clairement - notamment dans ses fiches déontologiques - que la fin ponctuelle d'un service professionnel n'équivaut pas à la fin de toute relation professionnelle. Bien que ce point ne soit pas explicite dans le code de déontologie de l'OPQ, un délai de deux ans est souvent avancé comme norme de référence (Ordre des psychologues du Québec, 2002).

Par ailleurs, tel qu'explicité par l'OPQ, d'autres articles du Code de déontologie des psychologues du Québec abordent aussi indirectement les violations de frontières thérapeutiques :

[...] il faut comprendre que le fait pour un psychologue d'avoir avec un client une relation sexuelle et d'établir, avant ou après celle-ci, des liens amicaux, amoureux ou même parfois conjugaux démontre une transgression des frontières définies par le lien professionnel. Ce faisant, le psychologue contrevient potentiellement à plusieurs règles déontologiques : conflit de rôles (article 20), conflit d'intérêts (articles 30, 32 et 33), implication dans les affaires du client (article 12), non-respect de l'obligation de maintenir un climat de confiance (article 10) et d'adopter une conduite irréprochable envers son client au plan affectif (article 13). (Ordre des psychologues du Québec, 2002, p. 2)

Les articles 58, 59.1, 59.2 et 130 du Code des professions stipulent aussi clairement que de poser des gestes à caractère sexuel constitue une faute professionnelle et que tout geste de cette nature peut entraîner des sanctions.

Bref, les débordements de CTÉ sont parfois compris comme des enjeux ou des dilemmes éthiques, compris en termes de conformité aux valeurs morales, alors que dans d'autres cas de figures, ils représentent des infractions déontologiques claires - des manquements aux devoirs professionnels - dans quels cas le psychologue qui les commet se voit passible d'une sanction de la part du comité de discipline de l'OPQ.

D'abord, au Québec, le bureau du syndic de l'OPQ est l'instance qui reçoit et qui assure le traitement initial d'une plainte provenant du public :

Le syndic est un employé indépendant nommé au sein de chaque ordre professionnel. À l'Ordre des psychologues, le syndic est donc un psychologue. Son rôle est de recevoir les signalements du public, de vérifier si les faits allégués sont

fondés en faisant enquête et de décider si une plainte doit être portée au conseil de discipline. Lorsqu'il y a lieu de porter plainte, le syndic devient le plaignant officiel et en assume toutes les responsabilités. Le bureau du syndic assume aussi le rôle de renseigner les membres de son ordre et le public sur l'éthique et la déontologie applicables. (Ordre des psychologues du Québec, s.d., paragr. 1).

Puis, tel que mentionné ci-haut, si la plainte est retenue par le syndic, le comité de discipline, communément appelé conseil de discipline – un tribunal quasi judiciaire indépendant de l'OPQ - la reçoit et la traite et, le cas échéant, sanctionne le professionnel par le biais de différents moyens (radiation temporaire, amendes, révocation de permis, etc.) :

[Le comité de discipline] est composé d'un membre du Barreau du Québec nommé par le gouvernement du Québec et de deux psychologues choisis parmi la liste des membres de l'Ordre, nommés par le Bureau de l'Ordre. Pour chaque plainte déposée, la secrétaire du Comité de discipline crée un comité en retenant, autant que possible, les membres psychologues qui ont certaines connaissances dans le domaine de la problématique en cause. (Ordre des psychologues du Québec, 2006, p. 1)

Le bureau du syndic possède également le pouvoir de porter une décision du comité de discipline en appel. Dans un tel cas, l'équipe du Tribunal des professions, une instance juridique créée en 1973, se charge de réviser le dossier pour ensuite fournir leur jugement et leurs recommandations à l'OPQ qui est tenue de les honorer :

[Le tribunal des professions] est une instance d'appel, spécialisée en matière professionnelle, relativement à des questions disciplinaires mais aussi administratives, telles que l'inscription au Tableau d'un ordre professionnel. Il est composé de 11 juges de la Cour du Québec qui proviennent de régions et d'horizons variés [...] (Tribunal des professions, s.d., « mot du président – Martin Hébert »)

### **Dilemme éthique et contre-transfert érotique**

Bien que ce qui est stipulé dans le Code des professions ainsi que dans le Code de déontologie des psychologues du Québec apparaît limpide quant aux limites à respecter en matière de relation amicale, amoureuse ou sexuelle avec un client, lorsque confronté à certaines zones grises, il en revient aussi parfois au professionnel de juger de ce qui peut être source de nocivité ou de bénéfices pour le client. Par exemple, un certain débat perdure encore en ce qui concerne le contact physique entre thérapeute et client (Zur & Nordmarken, 2011). En effet, dans la tradition occidentale de la psychothérapie verbale, l'utilisation du toucher, malgré ses effets thérapeutiques reconnus par certains, fait l'objet de nombreuses controverses depuis les temps freudiens (Bonitz, 2008). Des écoles affirment que toute forme de contact physique devrait être déconseillée, certaines se montrent mitigées tandis que d'autres s'affirment en faveur du toucher en thérapie (Harrison, Jones, & Huws, 2012). En effet, des auteurs comme Celenza (2007) soutiennent que toute forme de contact physique entre thérapeute et client devrait être déconseillée alors que d'autres comme Hunter et Struve (1998) suggèrent que le toucher en thérapie a le potentiel d'établir, de maintenir et d'approfondir la relation thérapeutique et qu'il peut faciliter l'accès, l'exploration et la résolution d'expériences émotionnelles.

En ce qui concerne la durée de la relation professionnelle après la fin d'un suivi thérapeutique, la règle non-écrite du deux ans mentionnée ci-dessus suscite quant à elle aussi des questionnements et des zones grises. Rappelons que cette recommandation

n'est pas explicite dans le code de déontologie de l'OPQ et que, ce faisant, elle n'est pas formellement enseignée comme telle dans la formation éthique des thérapeutes. Cette autre zone grise place elle aussi parfois le professionnel dans des situations où il doit utiliser son jugement professionnel afin de réagir dans le meilleur intérêt du client. Par exemple, certains thérapeutes choisiront de mettre rapidement un terme à une relation thérapeutique avec un(e) client(e) dans l'optique d'entamer une relation amicale ou amoureuse avec lui ou elle. Certains thérapeutes n'ayant même jamais entendu parler de la règle du deux ans pourront se complaire en se disant qu'ils n'enfreignent aucune loi puisqu'au moment d'entamer la relation amicale ou amoureuse, l'individu n'est alors plus leur client(e).

### **Tabou, formation et orientation théorique**

Tel que mentionné précédemment, dépendamment de l'analyse et de la gestion de celui-ci, le CT peut devenir un obstacle ou un allié dans la relation thérapeutique. Cela dit, il semble que le CTÉ susciterait quant à lui encore une certaine division au sein de la communauté scientifique et que certains auteurs iraient jusqu'à nier la valeur thérapeutique pouvant être associée aux sentiments au CT de cette nature. À cet égard, Wolf (1992) soutient catégoriquement que toute forme d'attirance ou d'excitation sexuelle qu'un thérapeute ressent envers son client, qu'elle soit agie ou non, représenterait un signe de psychopathologie chez le thérapeute. Son point de vue rappelle donc la position initiale de Freud (1915) et de Reich (1951) par rapport à tous les types de CT. De son côté, Bonasia (2001) soutient que le CTÉ n'est pas toujours

pathologique et que le critère permettant de distinguer un CTÉ normal d'un CTÉ pathologique serait le passage à l'acte, c'est-à-dire qu'il devient pathologique uniquement si le thérapeute perd le contrôle et viole les frontières thérapeutiques. Strean (1993) abonde en ce sens en soulignant l'importance de reconnaître que le désir pour des relations sexuelles avec les patients est universel, humain et compréhensible mais que les violations de frontières pouvant les accompagner lors d'un débordement de CT sont inacceptables. Certains auteurs nuancent encore davantage leur position en soutenant que ce ne sont pas toutes les violations de frontières qui sont inacceptables et que certaines d'entre elles sont récupérables et parfois bénéfiques. À ce sujet, une distinction entre les notions de violations de frontières (VF) et dépassement de frontière sera proposée un peu plus loin.

Malgré certaines exceptions, la majorité de la communauté scientifique s'entend sur le caractère normal du CTÉ (Jehu, 1994) et sur l'importance d'étudier le phénomène et d'en parler davantage. Le tabou entourant le phénomène du CTÉ n'est pas sans rappeler celui de l'inceste parental. La relation thérapeutique sollicite inéluctablement chez le client un transfert de perceptions et d'expériences appartenant à des relations significatives antérieures, souvent rattachées à la relation parentale. Ce faisant, le processus thérapeutique peut évoquer des « émotions incestueuses » (Carotenuto, 1996) tant chez le client que chez le thérapeute. Tel que souligné par Gabbard (1994), tant le client que le thérapeute représentent l'un pour l'autre un *objet interdit*. Kluft (1989) note par ailleurs que les patients ayant déjà été victimes d'abus sexuel ou d'inceste -



communément identifiés comme des patients plus à risque d'être impliqués dans des cas d'inconduites sexuelles (Blum, 1973; Gabbard 2016; Gabbard, 1994) – tendent à se retrouver dans des dynamiques relationnelles propices à leur *re-victimisation*. Pour citer Freud (1915) : « Un objet trouvé est en fait un objet *re-trouvé* » [traduction libre] (p.222). Cela dit, bien qu'il soit reconnu que les individus ayant été victimes d'inceste soient deux fois plus à risque de revivre de l'abus sexuel à l'adolescence et à l'âge adulte (Messman-Moore & Long, 2003), ils sont par ailleurs également connus comme étant plus à risque d'eux-mêmes devenir auteurs d'abus en « renversant » la dynamique de traumatisme qu'ils ont vécu.

Plusieurs auteurs soutiennent que le tabou, le manque de conscientisation, le manque de sensibilisation et les lacunes dans les programmes de formation sur le CTÉ pourraient être associés à la prévalence des débordements de CTÉ (Stirzaker, 2000). D'ailleurs, à ce sujet, Book (1995) déplore une trivialisation des programmes de formation des thérapeutes qui, selon lui, pourrait avoir un lien avec la prévalence des incidents d'inconduites sexuelles au sein de thérapies :

Les difficultés à reconnaître et à adresser de manière appropriée le transfert érotique peut renvoyer à des lacunes de formation en psychothérapie psychodynamique qui reflètent la banalisation actuelle de la psychothérapie dans nos programmes pratiques. Entre autres, certains thérapeutes apportent avec eux une orientation théorique qui semble dévaloriser ou refuser le concept de transfert [...] [traduction libre] (p. 505).

La psychologue québécoise Marie Valiquette (2007) abonde dans le même sens que Book :

Je déplore que dans notre formation on parle si peu de l'attrait en thérapie. Il nous faut pourtant apprendre à gérer celui qu'on éprouve ou celui qu'on suscite.

Certains professionnels de la santé préfèrent ignorer la question [...], d'autres passent à l'acte, et même s'en vantent, sans réaliser les drames qu'ils font vivre. Plusieurs ne savent pas quoi faire d'émois qu'ils subissent en silence. Qu'est-ce qui est réel? Qu'est-ce qui est engendré par la situation en elle-même très intime? Comment en parler dans le cadre thérapeutique? (p. 4)

Une formation académique lacunaire en la matière est effectivement dénoncée par plusieurs auteurs. On déplore que le cursus académique n'offre à ce jour qu'un bref survol des enjeux déontologiques et qu'il laisse peu de place à l'éducation portant sur l'érotique en thérapie. Pour un certain nombre de médecins commettant des inconduites sexuelles, on soutient d'ailleurs qu'un manque d'éducation sur le sujet serait le principal responsable (Gabbard, 1989).

### **Frontières thérapeutiques**

Tel que mentionné précédemment, une gestion inefficace du CTÉ peut parfois se traduire par des passages à l'acte contre-transférentiels, résultant dans certains cas en violations de frontières, sexuelles ou non. Sarkar (2004) désigne les frontières thérapeutiques comme ce qui départage le rôle professionnel du rôle personnel du thérapeute. Gabbard (2016) définit les frontières thérapeutiques comme un champ de contenance psychologique maintenu par la capacité du thérapeute à poser les limites de la relation et à les penser. Il soutient que les frontières thérapeutiques, par le biais de limites, servent à baliser le processus intersubjectif impliqué dans la thérapie afin de fournir un espace d'ouverture, de non-jugement, de constance et de sécurité tant pour le client que pour le thérapeute (Gabbard, 2016). Ces frontières incluent par exemple la localisation de la séance, sa durée, l'absence de contact physique, la confidentialité, les

attentes du thérapeute envers le client et vice-versa, l'absence de relation duelle en dehors de la thérapie, etc. On soutient que des frontières thérapeutiques efficaces seraient à la fois flexibles et « contenant » (Epstein, 1994). Les thérapeutes sont consensuels quant au rôle crucial joué par les frontières thérapeutiques dans le processus thérapeutique (Gelso & Hayes, 1998). L'une des fonctions des frontières thérapeutiques est notamment de permettre d'encadrer la relation thérapeute-client de façon à ce que la thérapie vise toujours le meilleur intérêt du client plutôt que l'intérêt du thérapeute. Les besoins personnels du thérapeute, son agenda ou tout autre gratification qu'il peut retirer de la relation sont des exemples illustrant certains intérêts que le thérapeute pourrait être tenté de mettre avant ceux du patient (Luchner, Mirsalimi, Moser, & Jones, 2008).

Grâce aux résultats de l'une de leur recherche menée auprès de 1 319 membres de l'American Psychological Association (APA), Pope et Vetter (1992) concluent que de maintenir des frontières thérapeutiques claires, professionnelles et raisonnables avec un client représente l'un des deux dilemmes éthiques les plus fréquemment rencontrés par les psychologues - le premier dilemme étant relatif aux enjeux de confidentialité. Les résultats de la même étude révèlent que 4 % des psychologues rapportaient avoir déjà été confrontés à un dilemme éthique relatif à des enjeux de nature sexuelle avec un client au cours de leur carrière. Epstein (1994) révèle des résultats similaires et il soutient que les thérapeutes éprouvent des difficultés à comprendre l'utilité et le bien-fondé des frontières thérapeutiques. Dans l'étude qu'il a menée en 1992 en utilisant le questionnaire *Exploitation Index* (EI; Epstein, 1990), Epstein concluait que l'orientation

théorique des participants, leurs années d'expérience ainsi que leur nombre d'années de thérapie personnelle n'étaient cependant pas associées aux dépassements de frontière qu'ils perpétraient.

### **Franchissements vs. Violations de frontières**

Gutheil et Gabbard (1993) distinguent les franchissements ou dépassements de frontières (*boundary crossings*) des violations de frontières (VF). Les *boundary crossings* représenteraient une déviation de ce qui est communément accepté au sein de la pratique clinique alors que les VF feraient référence à une dérogation de ce qui est accepté dans la pratique et elles mettraient potentiellement en péril le processus thérapeutique et le client impliqué. Gabbard (2004) souligne que les dépassements de frontières sont des brèches bénignes dans le cadre; des transgressions parfois utiles qui se manifestent de manière isolée, qui sont mineures et surtout, qui sont abordables avec le patient. Ils constitueraient des passages à l'acte contre-transférentiels récupérables, potentiellement bénéfiques au processus thérapeutique s'ils sont bien analysés subséquemment. Compte tenu de la nature complexe, subjective et idiosyncratique de chaque relation thérapeutique (Lecomte, Savard, Drouin, & Guillon, 2007), il va sans dire qu'une ligne mince et flexible sépare les franchissements de frontières potentiellement bénéfiques de ceux potentiellement nocifs et que l'existence de certaines zones grises complique la tâche du thérapeute souhaitant maintenir des frontières claires et raisonnables avec chaque client.

Gutheil et Gabbard (1993) disent des VF qu'elles sont quant à elles souvent répétées, non abordables et qu'elles sont nocives en ce qu'elles causent du tort au patient. L'abus de pouvoir, des violations illégales de la confidentialité, l'exploitation financière et les relations sexuelles avec le client sont généralement reconnus comme des VF (Luchner, Mirsalimi, Moser, & Jones, 2008). Au sujet des dépassements de frontières, un certain débat perdure en ce qui concerne le degré de nocivité potentiellement associé aux gestes compris dans cette catégorie. On peine également à s'entendre sur les gestes compris dans cette catégorie (p.ex. poignée de main, accolades, etc). En ce qui a trait aux VF, il y a consensus quant aux dommages et aux risques encourus par des comportements considérés comme tels.

**La pente glissante.** Tel que souligné par Gabbard (1997), la vaste majorité des VF débuteraient d'abord par des franchissements de frontières. À ce sujet, Gabbard (1997) fait fréquemment référence aux risques impliqués par les *boundary crossings* en les qualifiant de pente glissante (*slippery slopes*) désignant une série progressive de franchissements de frontières non-sexuelles pouvant mener à des VF sexuelles. Celenza (2007) abonde en ce sens en fournissant la définition suivante pour les violations de frontières sexuelles (VFS) : « tout type de contact physique survenant dans le cadre d'une relation thérapeutique dans un but de plaisir érotique » tout en rappelant que « tout type de contact physique en contexte thérapeutique est généralement déconseillé » [traduction libre]. Au sujet du contact physique, selon leur étude menée en 1980, Holroyd et Brodsky concluaient que les thérapeutes les plus à risque de VFS

étaient ceux qui avaient tendance à toucher des clients du sexe opposé et à ne pas toucher des clients de même sexe.

Le concept des *slippery slopes* tire ses origines du modèle théorique initialement proposé par Simon (1995). Ce modèle présente 13 étapes documentant la progression des attitudes et des gestes menant typiquement aux VFS. D'abord, la position de neutralité serait insidieusement altérée. Puis, en passant par une attitude plus familière (appeler le client par son prénom; ambiance des séances prenant un ton graduellement plus social que professionnel) à certains « privilèges » accordés au client (séances plus longues – placées en fin de journée; flexibilité, voire arrêt de la facturation des séances), aux rapprochements physiques (accolades; baisers) le trajet des *slippery slopes* se conclurait dans certains cas par une ou des relations sexuelles avec le client. Dans son modèle, Simon (1995) invite les thérapeutes à être particulièrement vigilants aux fins de session, c'est-à-dire aux secondes charnières s'écoulant entre l'instant où thérapeute et le client se lèvent de leur fauteuil pour quitter le bureau et le moment où le client est officiellement dans le couloir, sorti du bureau de consultation. Effectivement, selon lui, la majorité des premiers dépassements et des premières VF se produiraient lors de ces secondes charnières.

Visant aussi à décrire le phénomène des VFS et à déterminer ce qui peut être considéré comme acceptable ou non, le modèle proposé par Valiquette (2007) rejoint les fondements de celui de Simon (1995). Cette auteure identifie trois niveaux d'intimité

permettant de décrire le phénomène des VFS. Le premier niveau consiste en un climat avec jeux de séduction : par exemple, le thérapeute demande des détails sur la vie sexuelle du patient sans raison valable ou fait des commentaires ou de l'humour à tendance sexuelle. Puis, le deuxième niveau d'intimité fait référence aux comportements ambigus tels que des baisers, des accolades ou des caresses entre le thérapeute et le client. Enfin, il y a véritablement rapports sexuels, soit à une seule occasion, soit à plusieurs reprises.

### **Gestion du contre-transfert**

Les comportements ou les passages à l'acte découlant de sentiments contre-transférentiels sont inévitables et arrivent régulièrement dans une thérapie (Gabbard, 1987). Certains de ces comportements sont potentiellement contre-productifs, voire nocifs, d'autres sont inoffensifs et « récupérables » en raison de leur caractère bénin et certains autres, par leur analyse et les prises de conscience qui en découlent, peuvent même être bénéfiques au processus thérapeutique et générer des directions thérapeutiques qui auraient été inatteignables sans l'utilisation de l'analyse du CT. Afin d'éviter les débordements de CT potentiellement irrécupérables et nocifs pour le client et le processus, certaines habiletés permettent au thérapeute d'identifier et de gérer le CT qu'il ressent envers un client avant que celui-ci ne nuise au processus thérapeutique. Ces habiletés réfèrent à la gestion de CT, parfois aussi appelée la régulation de CT.

Schore (2003) comprend la gestion de CT comme la capacité du thérapeute à observer et à utiliser les réactions viscérales que le client suscite en lui. Quant à lui, Hayes (2011) dit de la gestion de CT qu'elle est constituée des stratégies de *coping* utilisées par le thérapeute pour faire face à son CT. Parmi ces stratégies de *coping*, on distingue deux types de stratégies soit celles associées à la relation thérapeutique et à ce qui se passe à l'intérieur des séances (gestion de l'anxiété; conscience de soi; empathie, etc.) – référant aux habiletés du thérapeute - ainsi que les stratégies utilisées à l'extérieur des séances (recours à la supervision; recours à la thérapie; pratique de la méditation, etc.). Ce second type de stratégies permettrait l'amélioration des habiletés de *coping* de la première catégorie (Hayes, 2011).

### **Habiletés du thérapeute**

Van Wagoner, Gelso, Hayes et Diemer (1991) seraient les premiers à avoir postulé que la conscience de soi, la cohérence du soi (*self-integration*), l'empathie, la capacité de gérer l'anxiété et les habiletés de conceptualisation seraient les cinq principaux facteurs qui contribueraient à une gestion efficace du CT. Fatter et Hayes (2013) définissent la conscience de soi comme la capacité du thérapeute à se représenter et à comprendre ses propres pensées, sentiments, réactions ainsi que leurs origines et leur signification. Deux études indépendantes révèlent que plus la conscience de soi d'un thérapeute est élevée et plus l'utilisation d'un cadre théorique est significative, moins un



thérapeute a des comportements contre-transférentiels pendant ses séances (Latts & Gelso, 1995; Robbins & Jolkovski, 1987).

La première étude, celle de Latts et Gelso (1995) - basée sur un modèle en deux étapes (*two step model*) - portait sur les comportements contre-transférentiels des thérapeutes face à une clientèle constituée de femmes ayant subi des viols. Le modèle de gestion de CT en deux étapes référait d'une part à la conscience de soi du thérapeute ainsi qu'à son utilisation d'un cadre théorique pour orienter sa pratique. Pour l'étude, on a évalué ces deux variables auprès de 47 stagiaires diplômés en psychothérapie. Une semaine après cette prise de mesure, les thérapeutes ont été invités à visionner une vidéo présentant une « cliente-actrice » dépeignant une femme ayant déjà été victime d'une agression sexuelle. À six reprises durant la vidéo, les participants devaient identifier les réactions contre-transférentielles suscitées en eux par la cliente fictive. Les réponses fournies par les thérapeutes ont ensuite été analysées en termes de tendances « d'évitement » (*withdrawal*) – référant à une distance émotionnelle (*emotional distancing*) - ou « de rapprochement ». Le modèle de gestion de CT en deux étapes a ensuite été analysé via une régression hiérarchique. Un effet d'interaction entre la conscience de soi et l'utilisation d'un cadre théorique a été identifié, ce qui suggère qu'une conscience de soi élevée et l'utilisation d'un cadre théorique résultent en moins d'évitement alors que moins la conscience de soi est élevée et moins le thérapeute s'appuie sur un cadre théorique, plus les tendances d'évitement en thérapie risquent d'être élevées. Les résultats de l'étude suggéraient également que les deux facteurs pris

indépendamment ne fournissaient pas des résultats significatifs en ce qui concerne les comportements contre-transférentiels.

En cohérence avec plusieurs autres études qui révèlent que, comparativement aux thérapeutes femmes, les thérapeutes de sexe masculin, lorsque confrontés à un CT anxiogène ou désagréable, tendent davantage à se « retirer émotionnellement » (*withdrawal*; Howard, Orunsky, & Hill, 1969; Hayes & Gelso, 1991), les résultats de Latts et Gelso (1995) illustraient une différence entre les données obtenues auprès des thérapeutes de sexe masculin ainsi que celles obtenues auprès des thérapeutes de sexe féminin. En effet, les chercheurs ont observé que, en visionnant la vidéo, les thérapeutes de sexe masculin étaient plus portés à se retirer émotionnellement que les thérapeutes de sexe féminin. Tout comme les résultats de Howard et ses collègues l'avaient révélé (1969), Latts et Gelso (1995) avançaient l'hypothèse voulant que, comparativement aux femmes, les hommes aient été davantage attirés ou auraient ressenti davantage un sentiment d'intimité (*feeling intimate with*) envers la cliente-actrice, ce qui aurait potentiellement suscité en eux de la culpabilité ou de l'anxiété menant à une défense se traduisant par une distanciation émotionnelle (*withdrawal*). Les thérapeutes de sexe féminin de leur étude étaient quant à elles plus portées à rester en contact avec la cliente-actrice de la vidéo en fournissant davantage de réponse de rapprochement émotionnel que les hommes. Latts et Gelso (1995) concluaient que, lorsque confrontée à une victime de viol, la femme serait moins anxieuse et plus empathique que l'homme. En regard de ces résultats, les auteurs terminaient leur article en soulignant que, la femme semble

davantage conditionnée à mettre ses besoins de côté afin de prioriser ceux des autres et ils se questionnaient quant au rôle de la socialisation et de la culture dans les résultats obtenus.

En 1987, Robbins et Jolvoski présentaient eux aussi un modèle d'interaction similaire. Ils avaient également soumis des psychothérapeutes à des mesures de conscience de soi et d'évaluation du degré d'utilisation d'un cadre théorique pour ensuite leur faire visionner des vidéos de « cliente-actrice » en séance de thérapie. On demandait aussi aux thérapeutes d'évaluer comment le visionnement des vidéos les faisait réagir. Les résultats de cette étude suggéraient les mêmes conclusions que celles mentionnées ci-dessus, notamment celle voulant que plus les deux variables étudiées étaient élevées (conscience de soi et utilisation d'un cadre théorique) moins le thérapeute présentait de tendances à l'évitement (*withdrawal of personal involvement*).

Fatter et Hayes (2013) définissent la cohérence du soi (*self-integration*) comme la capacité du thérapeute à se différencier de l'autre. On soutient qu'un thérapeute qui possède une bonne cohérence du soi a une identité claire et stable lui permettant de distinguer et de reconnaître sa propre contribution dans ses relations. Cette capacité inclut l'habileté à reconnaître ses propres besoins et à savoir prioriser les besoins du client plutôt que les siens. Il est également soutenu qu'une bonne cohérence du soi représente un facteur de protection contre la contagion émotionnelle puisqu'elle permet au thérapeute de saisir et de ressentir la nature des émotions véhiculées par le client tout

en lui permettant de garder une distance afin de maintenir une position « relativement » objective dans la relation (Van Wagoner, Gelso, Hayes, & Diemer, 1991). La contagion émotionnelle ou la « perte de contrôle de l'empathie » représente l'incapacité du thérapeute à garder cette distance, résultant parfois en une confusion entre les émotions du client et celles du thérapeute. La cohérence du soi du thérapeute favorise la distinction, au sein de son expérience, de ce qui relève de lui-même et du client. En discernant la partie induite par le client, il devient en mesure d'en dégager un sens, dont le client peut profiter soit directement – via une interprétation explicite – soit indirectement – via l'approfondissement de la compréhension clinique du client par le thérapeute (Hayes, Gelso, Golberg, & Kivlighan, 2018).

L'empathie est quant à elle généralement comprise comme étant constituée de deux composantes : la composante cognitive ainsi que la composante émotionnelle. Effectivement, la capacité empathique réfère à la propension du thérapeute à saisir cognitivement et affectivement la réalité de l'autre. Premièrement, elle permet au thérapeute d'appréhender et de pénétrer dans le cadre de référence du client ; de percevoir le monde du client à travers les yeux de celui-ci, tel que ce dernier se le représente (Mearns & Thorne, 1988; Rogers, 1951). Deuxièmement, l'empathie permet au thérapeute de saisir, de sentir et de partager ce que le client ressent, pense et expérimente, tantôt à un niveau plus superficiel, tantôt à un niveau plus profond (Kohut, 1977). Le lien étroit entre l'empathie et la gestion de CT efficace est lui aussi de plus en plus éprouvé. Une étude de Baehr (2005) soutient d'ailleurs que l'empathie d'un

thérapeute serait associée positivement à son ouverture face à son CT et que ces deux variables – empathie et ouverture face à son CT- serviraient de facteurs de protection aux comportements contre-transférentiels.

Toujours selon Fatter et Hayes (2013), la capacité à gérer l'anxiété serait reliée au degré d'anxiété ressenti par un thérapeute, d'une part lorsqu'il est en face d'un client (anxiété situationnelle ou *anxiety as a state*) et également de façon générale (trait d'anxiété ou *anxiety as a trait*). L'anxiété situationnelle désigne : « un état émotionnel transitoire, caractérisé par un sentiment subjectif et conscient de tension, d'appréhension, de nervosité, d'inquiétude et d'une augmentation de l'activité du système nerveux autonome » (Spielberger, 1983). Pour sa part, le trait d'anxiété réfère à : « des différences individuelles relativement stables dans la prédisposition à percevoir plusieurs situations comme dangereuses ou menaçantes et à répondre à ces situations avec une élévation d'anxiété situationnelle » (Spielberger, 1983). Les résultats obtenus par Hayes et Gelso (1991) indiquent que chez les thérapeutes de sexe masculin, l'anxiété situationnelle serait positivement associée aux passages à l'acte contre-transférentiels alors que chez les thérapeutes de sexe féminin, l'anxiété de trait serait davantage prédictive des passages à l'acte contre-transférentiels. Selon ces auteurs, pendant les séances, l'anxiété situationnelle chez le thérapeute se présenterait surtout lorsque ce dernier ferait face à des émotions intenses provenant du client, dans un contexte où ses propres conflits non-résolus et ses vulnérabilités seraient stimulées par la dynamique du client (attitude, comportements non-verbaux, ton utilisé, etc.) ou par le matériel divulgué

par celui-ci (sujets difficiles ou sensibles, souvenirs douloureux, etc.). Dans le cadre de l'étude ci-dessus mentionnée, l'opérationnalisation du concept de passage à l'acte contre-transférentiel est principalement représentée par des comportements de retrait ou une attitude de retrait ou d'évitement de la part du thérapeute (*withdrawal*). En résumé, tel que conclu par Van Wagoner et ses collaborateurs (1991), plus le thérapeute est en mesure de gérer son anxiété, moins il est susceptible d'agir son CT.

Enfin, l'habileté de conceptualisation représente l'aptitude du thérapeute à réfléchir de façon abstraite à la relation thérapeutique. C'est ce qui lui permet d'analyser la relation thérapeutique ainsi que son CT en fonction d'un cadre théorique de référence lui permettant d'en dégager un sens et ainsi le guider dans ses interventions. Cette habileté a elle aussi été reconnue comme étant un facteur de protection contre les passages à l'acte contre-transférentiels et comme un élément contribuant à la capacité du thérapeute à garder une distance par rapport à la relation thérapeutique et à son CT (Van Wagoner et al., 1991; Robbins & Jolkovski, 1987).

Les recherches empiriques suggèrent que ces cinq facteurs seraient positivement associés à une gestion efficace du CT, qu'ils distingueraient les « excellents » thérapeutes des thérapeutes « moyens » (Van Wagoner et al., 1991) et que les thérapeutes en formation possédant davantage de ces caractéristiques - évaluées par leur(s) superviseur(s)- obtiendraient de meilleurs résultats de traitement auprès de leurs clients (Gelso, Latts, Gomez, & Fassinger, 2002).

### **Soins personnels**

Tel que mentionné précédemment, certains comportements adoptés par les thérapeutes à l'extérieur des séances seraient aussi positivement associés à leur capacité à gérer leur CT et négativement associés aux passages à l'acte contre-transférentiel. En effet, une étude de Baehr (2005) suggère que les thérapeutes qui adoptent des comportements visant à prendre soin d'eux-mêmes (*self care*), tels que la pratique de méditation, le repos, la lecture, l'exercice physique et le maintien d'un horaire équilibré, auraient une meilleure capacité à gérer leur CT que ceux qui ne les adoptent pas. Celenza (2007) abonde en ce sens en rappelant que pour les thérapeutes, l'isolement (professionnel ou personnel), un horaire chargé et le fait de subir un stress financier seraient les trois facteurs communément associés aux violations de frontières sexuelles (VFS) commises envers un client. Le concept des VFS sera défini un peu plus loin.

### **Années d'expérience**

Il pourrait être tentant d'associer le manque d'expérience des jeunes thérapeutes avec une gestion de CT moins efficace que leurs aînés et donc à une plus grande incidence de passages à l'acte contre-transférentiels qu'eux. Certaines études suggèrent toutefois que les thérapeutes débutants démontreraient plus d'activité réflexive et moins de contre-transfert réactif que leurs aînés (Normandin et al., 1993). Les auteurs expliquent ces résultats en invoquant la plus grande liberté d'expression des thérapeutes expérimentés et la plus grande ouverture des thérapeutes débutants quant à leur contribution au processus thérapeutique (puisque'ils sont toujours en formation). D'ailleurs, en ce qui concerne plus

spécifiquement les VFS, les thérapeutes plus âgés (entre 45 et 64 ans) et plus expérimentés - plus communément ceux de sexe masculin pratiquant au privé - sont reconnus comme étant le groupe avec la plus grande prévalence de cas de VFS répertoriés (Sarkar, 2004).

### **Bien-être psychologique**

L'impact du bien-être psychologique d'un thérapeute sur sa capacité à gérer son CT est un sujet encore peu étudié. Il est cependant généralement reconnu que le bien-être psychologique du thérapeute influence l'efficacité thérapeutique (Linley & Joseph, 2007) et plusieurs recherches invitent la communauté clinique à considérer de façon plus attentive les aspects liés à la santé psychologique du psychothérapeute (Laverdière, Kealy, Ogrodniczuk & Morin, 2018).

Seligman (2004) inclut les cinq dimensions suivantes dans sa définition du bien-être psychologique : émotions et sentiments positifs (vie plaisante), engagement (vie engagée), relations satisfaisantes, sens de la vie (vie significative) et sens de l'accomplissement. Similairement, Ryff (1989) comprend le bien-être psychologique comme étant composé de l'acceptation de soi, de relations positives avec autrui, d'autonomie, de sentiment de maîtrise face à son environnement (*environmental mastery*), d'un sens à la vie (*purpose in life*) et d'un sentiment d'épanouissement (*personal growth*).



Dans un ouvrage intitulé *Leaving it at the office*, Norcross et VandenBos (2018) rappellent que l'APA recommande aux psychologues de constamment être vigilants quant à « l'effet possible de leur propre santé physique et mentale sur leur capacité à aider les personnes avec lesquelles ils travaillent. » [traduction libre] (p. 6). Selon les résultats obtenus dans une de leur récente étude, Linley et Joseph (2007) ont par ailleurs conclu que le bien-être des thérapeutes était positivement associé à la « cohérence de la personnalité » du thérapeute (*coherence personality construct*), à son empathie, aux liens thérapeutiques qu'il bâtit et au soutien social qu'il reçoit. La cohérence de la personnalité du thérapeute s'était avéré être le facteur de protection le plus significatif contre les changements psychologiques négatifs perçus chez les clients et la fatigue de compassion vécue par le thérapeute, tandis que la cohérence de la personnalité du thérapeute et la qualité des relations thérapeutiques entretenues par ce dernier sont ressortis comme étant les facteurs de protection les plus efficaces contre l'épuisement professionnel. Bref, la conclusion de cette étude suggère l'existence d'un cycle auto-renforçant voulant que plus le bien-être psychologique d'un thérapeute est élevé, plus son efficacité thérapeutique sera élevée et plus cette efficacité contribuera à son tour au bien-être du thérapeute. Inversement, les auteurs concluent qu'un thérapeute présentant un faible niveau de bien-être psychologique sera moins efficace pour aider ses clients et que les résultats négatifs de son inefficacité contribueront à faire diminuer son bien-être. Dans le même ordre d'idées, divers degrés de détresse et d'épuisement professionnel sont associés de façon négative aux résultats thérapeutiques (Lecomte & Savard, 2007). Dans leur recension de 15 études empiriques effectuées entre 1968 et 1991, Beutler,

Machado et Neufeldt (1994) soulignent que le degré de bien-être émotionnel du psychothérapeute apparaît lié au progrès thérapeutique du client.

Tel qu'énoncé par Bessette (2012), la plupart des recherches sur le bien-être psychologique des psychothérapeutes convergent vers la conclusion que ces professionnels connaissent davantage de difficultés liées à l'anxiété, à la dépression et au narcissisme que la population générale et que le niveau de détresse et de perturbation psychologique vécu par les psychologues serait souvent qualifié d'alarmant. Une étude menée par Pope et Tabachnick (1994) auprès de 800 thérapeutes révélait d'ailleurs que, parmi les répondants, plusieurs rapportaient avoir déjà souffert de dépression (61 %), avoir déjà eu des idées suicidaires (29 %) et avoir déjà tenté de se suicider (4 %).

### **Personnalité du thérapeute**

Nombre de chercheurs tentent de mieux cerner ce qui permet aux thérapeutes de maintenir des frontières claires avec leur client notamment en dressant une typologie des caractéristiques des thérapeutes vivant des débordements de CTÉ afin de mieux comprendre la problématique des VFS et ultimement les prévenir et diminuer le nombre de cas d'infractions sexuelles qui surviennent. Gabbard (1994) énonce que la vaste majorité des thérapeutes commettant des VFS souffriraient, à des degrés variables, de psychopathologies pouvant être classifiées parmi quatre catégories psychodynamiques, soit 1) « *maladie d'amour* » (*lovesickness*), 2) abandon masochiste, 3) psychopathie et paraphilies et 4) troubles psychotiques. De celles-ci, il considère la catégorie des

troubles psychotiques comme étant la plus rare et il concentre donc davantage sa théorisation autour des trois autres. Gabbard souligne que les catégories ne doivent pas être comprises comme étant rigides et tranchées, mais bien comme une typologie heuristique permettant de décrire un phénomène complexe multifactoriel qui inclut des variables subjectives et dynamiques. Il mentionne que les catégories les plus représentatives du phénomène sont le *lovesickness* ainsi que l'abandon masochiste ou une combinaison de ces deux catégories.

Pour l'auteur, la catégorie de *lovesickness* décrit les thérapeutes qui se disent réellement amoureux de leur client et qui ont une vulnérabilité narcissique significative (Gabbard, 1994). D'ailleurs, selon Golberg (1994), le nom de *lovesickness* serait peu approprié pour désigner ce type d'offenseurs. Il argue que le noyau des maladies d'amour serait davantage associé à un débalancement narcissique qu'au thème de l'amour comme tel. Dans une étude menée auprès de 84 psychiatres qui avaient déjà été reconnus coupables de VFS, 65 % des répondants avaient révélé qu'ils étaient amoureux dudit ou de ladite patient(e) au moment de passer à l'acte (Gartrell, Herman, Olarte, Feldstein, & Localio, 1986). Cette même étude révélait que 92% de ces psychiatres affirmaient que le patient dont ils avaient abusé sexuellement était amoureux(se) de lui/elle (Gartrell et al., 1986). Une étude de Butler et Zelen (1977) impliquant 20 thérapeutes reconnus coupables d'inconduite sexuelle révélait des données similaires puisque 55 % de ces thérapeutes avaient affirmé être en amour avec leur

victime. D'autres soutiennent également que ces thérapeutes prétextent l'« amour avec un grand A» (*true love*) pour justifier ou pour excuser leurs transgressions (Jehu, 1994).

Gabbard (2016) avance que, dans le but de pallier une faible estime de soi et un désir avide de se sentir aimé par son client, le thérapeute *malade d'amour* aurait une propension plus élevée au dévoilement de soi face au client; tendance qui le conduirait potentiellement à être perçu comme vulnérable et indigent (*needy*) par le client et qui pourrait solliciter un « besoin de prendre soin de l'autre » (*caretaking*) chez le client. Se croyant amoureux de son client et étant obnubilé par ses besoins narcissiques, le thérapeute *malade d'amour* en perdrait sa capacité à prendre du recul par rapport à ce qu'il ressent et il échouerait ainsi dans la gestion du CTÉ. Pour illustrer cette catégorie, Gabbard fournit l'exemple d'un thérapeute projetant ses propres besoins narcissiques sur son client tout en ressentant un besoin de sauver ce dernier en souhaitant en devenir « l' élu » ou « l'ultime sauveur ». L'étude de Gartrell et ses collaborateurs (1986) citée précédemment révélait par ailleurs que 19 % des psychiatres reconnus coupables d'inconduites sexuelles affirmaient qu'ils avaient eu des contacts sexuels avec leur patient dans l'optique d'améliorer l'estime personnelle du patient et que 18 % des psychiatres avaient soutenu que les contacts sexuels étaient sous-tendus par une intention thérapeutique.

En ce qui concerne l'abandon masochiste, Gabbard (2016) illustre cette catégorie en décrivant des thérapeutes présentant une propension à l'auto-destruction. Il parle de

sadomasochisme et de thérapeutes qui, tout en « détruisant » ou en blessant à plusieurs égards le patient envers qui ils commettent une VFS, se détruisent eux-mêmes. Effectivement, en décrivant le style relationnel de ce genre d'offenseurs, Gabbard avance qu'ils auraient une tendance à se placer, consciemment ou inconsciemment, dans des situations auto-destructrices, s'amenant eux-mêmes à vivre des sentiments d'échec, d'humiliation et de honte. En décrivant des dynamiques de compulsion de répétition (dans lesquelles le thérapeute reproduit - plus souvent inconsciemment que consciemment - des composantes relationnelles de son enfance), l'auteur avance que certains thérapeutes commettant des VFS auraient effectivement une tendance à se placer dans un rôle de victime et à généralement percevoir l'autre comme étant malveillant, voire cruel. Autrement dit, cette dynamique relationnelle renverrait à un type d'identification projective particulière qui inclut un abuseur, une victime et un sauveur omnipotent (Davies & Frawley, 1992; Gabbard, 2016). Symboliquement, la relation débiterait par une dynamique dans laquelle le thérapeute représente le sauveur et le client la victime. Puis, en raison de sentiments d'impuissance vécus par le thérapeute, la dynamique se transformerait en une relation dans laquelle le thérapeute franchit certaines frontières thérapeutiques afin de préserver son rôle de sauveur omnipotent. Par exemple, motivé par un désir de préserver son rôle de sauveur omnipotent, un thérapeute franchissant certaines frontières thérapeutiques pourrait prétendre agir de la sorte dans l'optique d'offrir au client ou à la cliente un traitement « spécial » qu'il/elle n'a jamais reçu (p. ex. : prolonger les séances; offrir des séances à l'extérieur du cadre habituel; offrir des séances gratuites, etc.). Ce faisant, perdant le

contrôle de la relation thérapeutique, du cadre, des rôles et des attentes initialement instaurées, le thérapeute se retrouve dans une position de victime, « à la merci » de son client qui lui, se retrouve désormais dans le rôle de l'abuseur. Finalement, dans un certain désespoir et dans l'effort de retrouver sa position de sauveur omnipotent, le thérapeute se sentirait contraint à adopter à son tour une attitude d'abuseur ce qui amènerait le client à redevenir la victime.

Dans sa classification psychodynamique, Gabbard (2016) inclut les thérapeutes souffrant de trouble sévère de la personnalité narcissique ou antisociale dans la catégorie *psychopathie et paraphilies*. La *paraphilie* est un terme alternatif inventé par Krauss en 1903 pour remplacer son équivalent plus péjoratif : *perversion*. Gabbard (2016) mentionne que, bien que tous les individus aux prises avec des comportements de paraphilies ne soient pas toujours des psychopathes, ceux qui agissent leurs impulsions paraphiliques avec leur patient présentent selon lui généralement des traits de la personnalité antisociale et narcissique. Les thérapeutes compris dans cette catégorie présenteraient peu ou pas d'empathie pour leur patient(e) et peu ou pas de remords suivant la perpétration de VFS. Ils auraient tendance à percevoir leur patient(e) comme de simples objets de gratification permettant d'assouvir leurs besoins et leurs désirs sexuels (Gabbard, 1994). Les thérapeutes compris dans cette catégorie seraient les plus à risque de récidives.

Dans son livre intitulé *Patients as Victims*, Derek Jehu (1994) dresse un portrait similaire des caractéristiques typiquement associées aux thérapeutes commettant des VFS. Jehu identifie cinq caractéristiques qui, lorsque présentées par un thérapeute, augmenteraient son risque de VFS : la détresse personnelle, l'isolement, la grandiosité, la domination ainsi que des traits antisociaux. Il rajoute par ailleurs que quatre conditions sont typiquement préalables au VFS soit une motivation d'abus présente chez le thérapeute, la capacité à surmonter toutes les inhibitions internes qu'il pourrait avoir pour l'empêcher de passer à l'acte, la capacité à surmonter des restrictions externes qui pourraient l'empêcher de passer à l'acte ainsi que la capacité à surmonter une quelconque résistance provenant du patient. Ce modèle à quatre facteurs ou « préconditions » appliqué par Jehu aux VFS est en fait issu du modèle créé par Finkelhor (1984) en lien avec le phénomène d'agression sexuelle d'enfants. Jehu intègre aussi l'idée des *slippery slopes* de Simon (1995) à son modèle en précisant que les VFS débutent par des transgressions graduelles de la part du thérapeute. Jehu souligne par ailleurs qu'un dévoilement de soi excessif de la part du thérapeute est aussi un facteur de risque potentiellement contributif aux *slippery slopes* adoptées par certains thérapeutes. L'auteur s'attarde aussi à identifier des facteurs de protection aux VFS : l'auto-régulation, la consultation (auprès de pairs ou de superviseurs) ainsi que la réhabilitation (dans l'optique de diminuer le risque de récurrence si des VFS ont déjà été commises par le thérapeute).

## **Narcissisme**

Parmi les traits de personnalité associés aux catégories mentionnées ci-dessus, le narcissisme s'avère transversal aux offenseurs appartenant aux trois catégories les plus représentatives. En effet, en dépit de la nature et du degré de pathologie présenté par le thérapeute, une fragilité ou une vulnérabilité narcissique significative est l'un des éléments qui représentent un facteur de risque important en termes de gestion défaillante de CT et donc potentiellement de VFS (Gabbard, 2016).

Le narcissisme est un concept complexe autour duquel plusieurs modèles théoriques s'articulent. Le concept tire ses origines de la mythologie grecque, à l'amour de soi de Narcisse qui tombe amoureux de sa propre image. Outre Freud (1905), deux auteurs contemporains ayant porté un intérêt particulier au thème du narcissisme qui sont reconnus comme des piliers en la matière sont Kernberg (1998) et Kohut (1977). La comparaison des conceptions théoriques de ces auteurs illustre bien que la pathologie du narcissisme présente de multiples variations, divers niveaux de gravité, d'organisation et de présentation (Descôteaux & Laverdière, 2019).

Tel qu'expliqué par Descôteaux et Laverdière (2019), pour Kernberg (1984), la gravité de la pathologie du narcissisme varie par crans. Selon ce dernier, elle peut être légère, grave ou très grave. Kernberg attribue une identité intégrée à la pathologie légère tandis qu'il reconnaît un caractère diffus à l'identité de l'individu présentant une pathologie narcissique grave ou très grave. Kernberg considère par ailleurs que l'aspect



démessuré de l'image de soi relève davantage du fantasme dans la forme légère, alors qu'elle est pleinement considérée comme représentative de la réalité dans les formes plus graves.

Pour Kohut (1977), la pathologie du narcissisme se comprend en termes de degré de sévérité et peut se traduire de deux façons : par un trouble de comportement narcissique ou par un trouble de la personnalité narcissique (différent de celui de Kernberg). Kohut propose que le trouble de comportement narcissique renvoie à une affirmation de soi excessive motivée par l'enfouissement des besoins profonds en raison de la honte et de l'impression de vulnérabilité qu'ils suscitent. Kohut associe une attitude plutôt timide, peu assurée, encline à l'anxiété et à la honte au trouble de la personnalité narcissique.

Tel qu'expliqué par Descôteaux et Laverdière (2019) :

Pour Kohut, [la pathologie du narcissisme] découle de l'état de satisfaction de deux besoins du soi : de miroir et d'idéalisation, l'autre devant respectivement répondre avec fierté aux requêtes de validation et accepter d'incarner une projection magnifiée de laquelle peut être extrait un sentiment de sécurité. La gratification partielle de ces besoins génère des variantes de la personnalité normale : avide d'expériences de miroir, d'idéalisation, ou encore d'alter ego. Leur frustration chronique engendre l'un ou l'autre type de pathologie du narcissisme.

On soutient que deux points majeurs de divergence distinguent la vision de Kohut par rapport à celle de Kernberg. D'abord, tel que rappelé par Russell (1985), Kernberg ne reconnaît aucune continuité entre les formes légères et plus graves de la pathologie du narcissisme contrairement à Kohut. Deuxièmement, dans la compréhension proposée par Kernberg, la pathologie du narcissisme est comprise sous l'angle de la supériorité, alors que Kohut en extrait deux phénotypes : un très affirmé, semblable à celui décrit par Kernberg, et un autre beaucoup plus timide (Descôteaux & Laverdière, 2019).

Ceci dit, il est communément accepté que le narcissisme est inhérent à la nature humaine et qu'il s'inscrit sur un continuum variant d'un narcissisme normal à un narcissisme pathologique (Malher, 1968; Miller, 1979). Bien qu'il existe de légères différences au sein de leur conceptualisation du narcissisme normal, Kernberg et Kohut reconnaissent eux aussi l'existence du narcissisme normal et tous deux l'associent à une identité intégrée et à régulation adéquate de l'estime de soi. Par ailleurs, lorsque normal ou adaptatif, le narcissisme peut être associé à l'empathie, la créativité, l'épanouissement personnel et l'équilibre d'un individu (Luchner, Mirsalimi, Moser, & Jones, 2008).

Lorsqu'il atteint un seuil pathologique, le narcissisme peut devenir problématique pour l'individu et pour ceux qui l'entourent. Effectivement, le narcissisme dit mésadapté peut être synonyme de difficultés d'estime personnelle pouvant notamment être associées à une identité diffuse et un investissement démesuré dans l'affirmation de l'Autre (Luchner et al., 2008). Autrement dit, on soutient que ce type de narcissisme peut emmener l'individu à rechercher dans l'Autre ce qu'il ne ressent pas en lui, notamment un sens à son existence (*sense of purpose*), un sentiment d'importance, de pouvoir, et d'acceptation (Miller, 1992). Le narcissisme peut aussi revêtir de nombreuses formes et renvoyer à divers phénomènes : le narcissisme primaire, une défense narcissique, le narcissisme vulnérable, le narcissisme grandiose, les traits ou les troubles de la personnalité narcissique tel qu'inclus dans le *Manuel diagnostique et*

*statistique des troubles mentaux de l'Association Américaine de Psychiatrie* (DSM-V; American Psychiatric Association, 2013). Les conceptions de Kernberg et de Kohut évoquées ci-dessus ne recoupent par ailleurs que partiellement celle du DSM-5 (Descôteaux & Laverdière, 2019).

Le concept du narcissisme vulnérable (qui renvoie au trouble de la personnalité narcissique) ainsi que celui du narcissisme grandiose (qui lui, renvoie au trouble du comportement narcissique) tels qu'impliqués dans la version bipolaire de Kohut se sont révélés comme étant les deux sous-thèmes les plus en lien avec le sujet à l'étude et c'est pourquoi, dans un souci de concision, ces deux composantes du narcissisme ont été retenues et seront brièvement approfondies ci-dessous.

**Narcissisme vulnérable.** Au fil du temps, plusieurs auteurs se sont ralliés à la conception bipolaire de Kohut en distinguant deux principales formes de pathologie du narcissisme, qu'ils ont baptisées de différentes façons (Descôteaux & Laverdière, 2019). Dans la littérature, d'autres expressions sont parfois utilisées pour désigner le concept du narcissisme vulnérable comme par exemple le *covert narcissism* ou le narcissisme hypersensible ou hypervigilant pour ne nommer que ceux-ci.

Pincus (2013) est aussi un penseur fervent de la version bipolaire de Kohut. Pour Pincus, la pathologie peut être de l'ordre du narcissisme grandiose ou vulnérable et elle peut s'exprimer de manière manifeste ou latente. Pour l'auteur, le narcissisme

*vulnérable* est associé à l'expérience consciente d'impuissance, de vide, de faible estime et de honte (Descôteaux & Laverdière, 2019). Toujours selon Pincus (2013), le narcissisme vulnérable peut prendre une forme latente ou manifeste. La forme latente peut par exemple se traduire par des comportements d'évitement social lorsque le soi ne peut être présenté de façon idéale ou lorsque l'admiration espérée n'est pas prodiguée. Dans sa version manifeste, le narcissisme vulnérable peut renvoyer à un statut spécial. Grossièrement, le narcissisme vulnérable souffre en raison de sa honte et d'une faible estime et il croit que sa souffrance le rend « spécial », ce faisant, il réclame ce « statut spécial » de façon manifeste.

***Le narcissisme vulnérable chez le thérapeute.*** Pour Gabbard (2016), un thérapeute présentant des traits ou un trouble de la personnalité narcissique vulnérable aura « un besoin désespéré de se faire valider par son patient, une avidité de se faire idéaliser et aimer par ce dernier ainsi qu'une tendance à utiliser le patient pour entretenir son estime personnelle » [traduction libre] (p. 40). Effectivement, il est fréquemment suggéré que le thérapeute présentant ce profil de personnalité puisse avoir davantage de difficultés quant au respect du cadre thérapeutique, à la gestion du CT et au maintien des frontières entre thérapeute et client, et qu'il soit plus susceptible qu'un autre à se sentir affligé par une série d'insuccès thérapeutiques (Chamberland, 2016; Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995; Sussman, 1992). On comprend que le besoin compensatoire de se sentir spécial - associé à des comportements d'exploitation tels que ceux impliqués dans le phénomène

des VF - suggère que les enjeux narcissiques jouent un rôle important dans la problématique des VF (Epstein & Simon, 1990).

**Narcissisme grandiose.** Dans la version la plus connue, c'est-à-dire la version stéréotypée et manifeste, le narcissique grandiose est un individu manquant d'empathie, n'ayant pas conscience des réactions et des besoins des autres, qui est arrogant et agressif, absorbé par lui-même, qui nécessite d'être le centre d'attention, qui n'est pas à l'écoute d'autrui et qui se montre imperméable à se sentir blessé par les autres (Chamberland, 2016). Le narcissisme grandiose latent est quant à lui associé à un « faux altruisme » motivé principalement par des besoins égocentriques « notamment par l'entremise d'aide et de soutien offerts à un autre par ailleurs secrètement méprisé, une combinaison qui contribue à entretenir une vision de soi en tant qu'être spécial, rempli de bonté et donc supérieur. » (Descôteaux & Laverdière, 2019). Il va sans dire que les gestes soi-disant altruistes posés par un individu aux prises avec des traits ou un trouble de la personnalité narcissique grandiose, représentent rarement des gestes pleinement désintéressés et qu'ils sont par ailleurs rarement ajustés aux besoins réels de l'individu à qui il pourrait tenter de venir en aide.

**Narcissisme et exploitation d'autrui.** À partir d'études de cas d'individus atteints de trouble sévère de la personnalité narcissique, Kernberg (1975) propose des hypothèses visant à expliquer le phénomène de l'*exploitation*. Dans ses conclusions, l'auteur explique que les parents de ces individus présentaient une capacité défailante à saisir les

besoins de dépendance de leurs enfants tout en se montrant surinvestis dans la gratification qu'ils retireraient des talents de leurs enfants (talents spéciaux, performances spéciales, «*attractiveness* », etc.). Ces enfants, utilisés par le parent à titre de « prolongement narcissique » (donc en tant qu'*objet partiel*), se développeraient en faillant à se considérer eux-mêmes et l'autre en tant qu'individu complet. Selon Kernberg, ces enfants devenus adultes en viendraient à se considérer eux-mêmes et à considérer l'autre comme objet à utiliser – plutôt que comme *objet complet* - ce qui constituerait les fondements de l'attitude d'exploitation. Cette tendance à l'exploitation de l'autre serait synonyme de narcissisme et elle servirait à pallier une faible estime personnelle.

### **Histoire de vie**

Le thème du narcissisme et la catégorie des *malades d'amour* ne sont pas sans rappeler le drame de l'enfant doué de Miller (1979) ou le *wounded healer* (guérisseur blessé) de Jung (1944;1951). Sommairement, de manière similaire aux théories de Kernberg abordées ci-haut, ces deux archétypes décrivent un thérapeute qui, ayant grandi avec une mère absente, narcissique, dépressive et froide, se développe en tentant de « gagner » l'amour de cette dernière en jouant un rôle d'aidant auprès d'elle. L'enfant grandit en « apprenant » que sa valeur est conditionnelle et dépendante de sa capacité à décoder l'autre, à l'écouter et à mettre ses besoins de côté pour l'Autre. Devenu adulte, il sera porté à s'orienter dans le domaine de la relation d'aide et il aura un besoin

considérable de se sentir important, une difficulté à déplaire et à décevoir l'Autre et une tendance au sacrifice de soi.

Selon Perlman (2009), la majorité des thérapeutes commettant des VFS auraient une histoire de trauma familial similaire à celle décrite en lien avec l'enfant doué de Miller (1979) et le guérisseur blessé de Jung (1944;1951). Il est effectivement fréquemment suggéré que les thérapeutes rapportant plus de symptômes associés à un passé relationnel dit traumatique et les thérapeutes provenant de familles dysfonctionnelles seraient plus à risque de commettre VFS (Jackson & Nuttall, 2001; Katsavdakis, Gabbard, & Athey, 2004; Lamb, 2003; Spickard et al., 2008; Waisman, 2017). En concordance avec ces écrits ainsi qu'avec les archétypes de Miller et de Jung, Celenza, (2007) identifie chez les thérapeutes à risque de VFS une « intolérance au transfert négatif » et « une enfance de privation émotionnelle » [traduction libre] (p. 11). On soutient que cette intolérance au transfert négatif fréquemment observée chez les thérapeutes présentant des traits de narcissisme vulnérable les incitera à vouloir apaiser ou éviter un tel transfert et, ce faisant, risquera de nuire à l'efficacité thérapeutique et de mettre en jeu les frontières thérapeutiques de diverses façons (Luchner, Mirsalimi, Moser, & Jones, 2008).

### **Événements de vie et stress**

En sus de la personnalité et de l'histoire de vie des thérapeutes, des événements de vie stressants sont communément identifiés comme facteurs précipitants aux VFS (Celenza,

2007; Gabbard 2016; Jehu, 1994; Hall, 2001; Pope, 1993). En effet, un thérapeute vivant des périodes difficiles telles qu'une séparation, un divorce, le deuil d'un proche, la maladie d'un enfant ou d'un partenaire sera plus à risque de commettre des VFS qu'un thérapeute qui ne vit pas d'événement de vie difficile. Un thérapeute présentant une vulnérabilité narcissique significative peut être tout à fait fonctionnel pendant plusieurs années malgré un équilibre précaire. Tel que souligné par Gabbard (2016), cet équilibre est fortement ébranlé lorsque le thérapeute vit un événement de vie particulier et que ses ressources limitées ne suffisent plus à préserver son estime personnelle fragile. C'est dans ces moments de crises (*life crisis*) qu'un thérapeute sera plus à risque de commettre des VFS, d'autant plus s'il y est prédisposé par sa personnalité et son histoire personnelle.

### **Supervision et consultation clinique**

Parmi les facteurs contextuels, la supervision ou la consultation clinique est identifiée comme un élément clé d'une gestion efficace du CT. Effectivement, le Code d'éthique de l'APA (APA, 2010), la littérature clinique ainsi que les résultats des recherches empiriques récentes illustrent que la capacité à gérer efficacement le CT est une compétence indispensable pour les cliniciens qui se développe initialement en supervision clinique (Behnke, 2008). La supervision et la consultation clinique représentent un facteur de protection contre une gestion défailante de CT, quelle qu'en soit la nature. En ce qui concerne la gestion de CTÉ, la valeur de la supervision et de la consultation clinique est inestimable (Jehu, 1994; Little, 2018). En ce sens, tel que



souligné par Simon (1995) et par Gabbard (2016), l'isolement professionnel – plus fréquemment associé aux thérapeutes pratiquant en bureau privé - constitue un facteur de risque important en termes de gestion défaillante de CTÉ. En effet, plusieurs études illustrent que les thérapeutes bénéficiant régulièrement d'une supervision clinique tendent à adopter des comportements moins réactifs face à leurs clients que ceux qui n'en bénéficient pas. Par exemple, en évaluant l'impact de la supervision clinique auprès de 20 thérapeutes novices, Baribault (1999) a constaté une différence significative entre les scores de l'échelle des états mentaux réactifs des participants représentant le groupe supervisé par rapport aux sujets du groupe contrôle qui lui, représentait les thérapeutes sans supervision. La différence indiquait que les participants du groupe supervisé présentaient un score moins élevé à l'échelle des états mentaux réactifs ce qui laisse donc croire que la supervision aurait un effet négatif sur l'état mental réactif des thérapeutes novices.

### **Supervision et alliance de travail**

Cela dit, le simple recours à la supervision ou à la consultation clinique n'est pas systématiquement garant d'une gestion de CT optimale puisque la qualité de l'alliance de travail impliquée dans la relation de supervision influence les bénéfices que le thérapeute peut en retirer. Effectivement, l'alliance de travail qui se développe au sein de la relation de supervision est reconnue comme étant un facteur déterminant dans l'exploration du CT et, ce faisant, dans la qualité de la supervision reçue (Pakdaman et al., 2015). Des études empiriques récentes tendent à valider cette hypothèse, notamment

celle de Gunn et Pistole (2012) qui révèle une association positive entre l'alliance de travail de supervision et la probabilité de la divulgation du CT de la part du supervisé. Dans la même optique, s'appuyant sur les résultats de leurs recherches empiriques, Ladany et ses collaborateurs (1996) avancent qu'une alliance forte est synonyme d'environnement sécurisant pour les thérapeutes; variable qui a été reconnue comme étant facilitante pour leur permettre d'explorer candidement des impasses thérapeutiques. À l'inverse, une alliance faible a été associée à la non-divulgation de renseignements importants qui pouvait parfois mener à une inefficacité thérapeutique, des violations éthiques, et des comportements contre-transférentiels.

Dans le même sens, le fait de dissimuler l'information ou de garder des secrets face à son superviseur a été identifié comme étant un des facteurs de risque importants associés aux VF (Gabbard, 1997). Dans son livre *Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis*, dans le chapitre portant sur la prévention des VF, Gabbard (2016) rappelle que :

Le secret peut être un facteur pivot dans la consultation. [...] Le matériel que l'analyste songe à omettre de divulguer à un superviseur ou à un collègue qu'il consulte est exactement le matériel qu'il devrait partager. Si un analyste a honte ou s'il est incertain par rapport au fait de partager un renseignement ou non, la présence de ce genre de sentiments suggère que quelque chose a mal tourné et qu'une consultation ou une supervision est définitivement de mise. [traduction libre] (p. 155).

D'ailleurs, l'étude de Pope et Tabachnick menée auprès de 800 thérapeutes en 1994 révélait que 20 % des participants admettaient dissimuler de l'information importante à leur superviseur - information qu'ils associaient d'ailleurs principalement à des enjeux

amoureux ou érotiques en lien avec leurs patients. En effet, les études suggèrent que le type de CT le plus fréquemment omis de la part des supervisés face à leur superviseur est le CTÉ (Pakdaman et al., 2015).

**Honte.** Dans l'extrait de Gabbard présenté ci-dessus, il est apparent que la honte joue un rôle considérable dans le non-dévoilement de CTÉ dans un contexte de supervision ou de consultation clinique. Comme bien d'autres auteurs, Tisseron (2006) dit de la honte qu'elle est un sentiment social en ce sens que l'enjeu central de la honte est le risque d'exclusion. Par risque d'exclusion, le psychanalyste français réfère au « risque de déshumanisation »; « le danger de rompre le pacte qui scelle la dignité de tous les hommes. » (Tisseron, 2014, p. 14). Ce dernier dit de la honte qu'elle est souvent accompagnée de culpabilité et de confusion et il comprend cette confusion comme un moyen pour l'individu de se défendre du risque de « désintégration psychique ou identitaire » lié au sentiment de honte. Tel que mentionné par Poulson (2000), Thomas Scheff, un sociologue et professeur émérite s'intéressant particulièrement à la maladie mentale et à la violence collective, appelle la honte « l'émotion maîtresse » (*master emotion*) puisqu'il considère qu'elle sous-tend tout lien social. La honte est par ailleurs souvent reconnue comme étant un sentiment destructif et lourd à porter seul. Cela dit, dans son article intitulé *De la honte qui tue à la honte qui sauve*, Tisseron (2006) invite son lecteur à se réconcilier avec cette émotion qui, lorsque reconnue et nommée, peut servir de « signal d'alarme, de clignotant rouge, d'ultime rempart contre la partie folle de soi » (p. 31). Il va un peu plus loin en avançant que :

Pour nous protéger de la honte qui déstructure, qui détruit, nous devons apprendre à reconnaître son caractère positif. [...] La honte vécue sans projet de s'en dégager rend passif et résigné, dans un cercle vicieux sans fin tandis que la honte perçue comme un signal d'alarme par la personnalité permet de la nommer et d'y réagir par diverses stratégies. (Tisseron, 2006, p. 31)

**Honte et narcissisme.** De nombreuses théories font par ailleurs état de liens entre le narcissisme et le sentiment de honte (Wurmser, 1987). En s'appuyant notamment sur les théories de Kernberg (1975) et de Kohut (1971), Lewis (1987) affirme que la honte est centrale à la souffrance du narcissique. Ce dernier souligne aussi que la honte est une émotion extrêmement douloureuse et particulièrement intolérable pour le narcissique.

Au sujet du lien unissant la honte et le narcissisme, Lewis (1987) dit que :

Les notions de honte et de narcissisme sont clairement liées dans la mesure où il s'agit de deux phénomènes dans lesquels le soi (*the self*) est central. La honte est une expérience négative de soi; une implosion ou une destruction momentanée du soi dans un autodénigrement aigu. Le narcissisme est une expérience positive de soi; c'est le fait de s'aimer ou de s'admirer. Le narcissisme est reconnu non seulement par les psychanalystes, mais également dans la sagesse populaire comme un moyen de défense contre la haine de soi dans la honte. En outre, le narcissisme est reconnu comme une défense dangereuse. [traduction libre] (p. 95-96)

Le narcissisme défend l'individu de la honte pressentie. Il sert à protéger l'estime de soi vulnérable; le soi blessé. Autrement dit, la honte contribue à définir les mécanismes de protection narcissique et donc la pathologie du narcissisme. En effet, l'individu narcissique vivant une expérience peu glorieuse ou un « échec » relationnel tendra à nier la réalité ou à la déformer, en transformant, par exemple, l'expérience d'échec en un succès ou en quelque chose dont il peut être fier, dont il peut ouvertement se vanter, comme dans les cas de narcissisme grandiose. On comprend que dans de tels cas de

figure, où la vulnérabilité narcissique de l'individu obnubile la honte, le sentiment de honte n'est plus utile, mais bien destructif et pernicieux.

### **Objectifs et hypothèse**

Malgré les récentes études descriptives effectuées sur le sujet, la conclusion actuelle est qu'il y a absence de consensus quant aux caractéristiques individuelles des thérapeutes prédictives d'un risque de VFS (Halter et al., 2007; Spickard, Swiggart, Manley, Samenow, & Dodd, 2008). Cela dit, les études sont unanimes : une gestion efficace du CT constitue la meilleure méthode de prévention des VFS. Puisque peu de recherches empiriques ont été menées à ce jour sur le CTÉ et puisque la majorité des études illustrent la pertinence de mieux comprendre le CT, il apparaît judicieux de poursuivre les recherches portant sur le sujet dans le but principal de brosser un portrait des facteurs de protection et de risque associés à la gestion du CTÉ. L'objectif principal visé par la partie quantitative de cette étude est donc de 1) documenter le lien entre la capacité du thérapeute à gérer un CTÉ et les caractéristiques individuelles du thérapeute (traits de personnalité; détresse psychologique; habiletés à gérer un contre-transfert). Basé sur les travaux ayant étudié l'effet du thérapeute (*the therapist effect*) dans la gestion du CT, il est attendu que certaines dimensions du narcissisme pathologique du thérapeute ainsi que la détresse psychologique du thérapeute seront positivement associées à la gestion défaillante du CTÉ et que l'empathie du thérapeute et ses habiletés personnelles seront quant à elles associées négativement à la gestion défaillante de CTÉ.

Basé sur les recherches empiriques, il est également attendu que certaines dimensions du narcissisme pathologique du thérapeute ainsi que la détresse psychologique du thérapeutique seront positivement associées à l'expérience de CTÉ en termes d'intensité et de fréquence et que l'empathie du thérapeute et ses habiletés personnelles seront quant à elles associées négativement à l'expérience de CTÉ en termes d'intensité et de fréquence.

En ce qui concerne la partie qualitative de cette étude, les objectifs principaux sont 2) d'obtenir des données qualitatives sur la gestion de CTÉ afin d'en dégager des facteurs de risque et de protection rapportés par les participants; 3) d'obtenir des données qualitatives sur l'expérience de dévoilement et de non-dévoilement de CTÉ et; 4) d'explorer le degré de sensibilisation des thérapeutes en lien avec le CTÉ et sa gestion (niveau d'aisance face au phénomène; formation reçue sur le sujet).

## **Méthode**

Les différents éléments de la méthode seront maintenant présentés, soit le devis de l'étude, l'échantillon, la collecte de données ainsi que l'analyse des données.

### **Devis de l'étude**

Le choix d'un devis mixte s'avérait congruent à la nature de cette recherche d'une part pour vérifier les liens théoriques présumés entre les variables ainsi que pour recueillir des informations concernant l'expérience vécue des thérapeutes en lien avec le CTÉ. Le devis est considéré mixte dans la mesure où des questions ouvertes à court développement ont été intégrées à l'outil quantitatif utilisé pour la collecte de donnée. Dans la partie qualitative du questionnaire servant à la collecte, les participants étaient invités à répondre, par le biais d'environ 10 phrases, à huit questions ouvertes facultatives.

Le devis mixte se définit comme un devis qui combine, dans la même étude, des approches de recherche, un langage, des concepts et des stratégies quantitatives et qualitatives (Johnson & Onwuegbuzie, 2004). Les méthodes mixtes sont pluralistes, créatives, expansives et complémentaires et elles représentent une tentative de légitimer l'utilisation de plusieurs approches pour répondre aux questions de recherche plutôt que de restreindre ou de contraindre les choix des chercheurs (Johnson & Onwuegbuzie, 2004).



Comme la problématique étudiée dans la présente recherche est complexe et puisque l'on s'intéressait à l'expérience subjective des participants, il semblait indiqué de combiner différentes approches méthodologiques de recherche dans l'optique d'explorer les enjeux traités. Dans cette perspective exploratoire, le devis mixte a été choisi dans l'optique de fournir une bonne richesse descriptive du phénomène à l'étude. Le devis mixte a aussi été choisi dans le but d'induire une réflexion chez les participants.

En raison du volet exploratoire de la présente recherche, l'analyse des données recueillies grâce aux questions ouvertes a été effectuée en suivant une méthode inductive générale. L'analyse inductive générale est définie comme un ensemble de procédures systématiques permettant de traiter des données qualitatives, ces procédures étant essentiellement guidées par les objectifs de recherche (Blais & Martineau, 2006). Cette méthode s'appuie sur différentes stratégies utilisant prioritairement la lecture détaillée des données brutes pour faire émerger des catégories à partir des interprétations du chercheur qui s'appuie sur ces données brutes (Blais & Martineau, 2006).

### **Participants et déroulement**

Les objectifs initiaux de l'étude visaient la participation de 100 psychologues, psychothérapeutes et aspirants psychologues (stagiaires, internes et doctorants en psychologie). Entre novembre 2017 et juin 2018, le recrutement réalisé a permis de constituer un échantillon de 98 participants. Les deux critères d'admissibilité pour être éligible à l'étude étaient d'être psychologue, psychothérapeute ou aspirant psychologue

et d'avoir une pratique clinique active comprise comme au moins 10 heures de contact client par semaine depuis au moins six mois. Les participants ont été sollicités par différents modes de recrutement.

D'abord, tous les psychologues et les psychothérapeutes du Québec ont été sollicités par l'entremise de l'OPQ. Dans le cadre de sa politique de soutien à la recherche, l'ordre professionnel a accepté de transmettre un courrier électronique à tous ses membres les invitant à participer à l'étude (Appendice A). Le message de sollicitation de l'OPQ présentait brièvement le projet de recherche et invitait ses membres intéressés à lire une lettre d'invitation rédigée par les chercheurs (Appendice B). Dans cette lettre, on demandait aux intéressés de lire le formulaire de consentement (Appendice C) avant de répondre au questionnaire (Appendice D). La lettre invitait aussi les gens à transmettre l'invitation aux membres de leur réseau susceptibles d'être intéressés à participer à l'étude. Quant à lui, le formulaire d'information et de consentement informait les potentiels participants des buts de l'étude, des critères d'admissibilité et de la durée de la passation (approximativement 45 minutes). Les avantages (principalement associés au fait de se questionner sur leur pratique ainsi que de contribuer à l'avancement des connaissances sur le thème des frontières thérapeutiques) et les inconvénients possibles (soit le temps requis pour compléter le questionnaire en ligne et une possibilité de vivre une légère déstabilisation, des remises en question quant à leur pratique, etc.) associés à leur participation étaient également brièvement abordés dans le formulaire.

Puis, le même message de sollicitation (Appendice B) a également été envoyé via courrier électronique à différents regroupements et diverses associations de psychologues, psychothérapeutes et aspirants psychologues (Association des psychologues du Québec, Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Regroupement des étudiants et des étudiantes des études supérieures en psychologie de l'Université de Sherbrooke) ainsi qu'aux connaissances personnelles et professionnelles des chercheurs. Enfin, le même message de sollicitation a aussi été publié à trois reprises sur la page Facebook du groupe « privé » Professionnel(le)s en psychologie du Québec.

Un total de 1094 accès à la page hébergeant le questionnaire sur la plate-forme sécurisée de sondage en ligne Simple Sondage © ont été enregistrés. Parmi ces accès, 247 participants potentiels ont commencé à remplir le questionnaire en vue de participer à la recherche. De ce nombre, 149 ont exercé leur droit de retrait à l'étude en cessant de répondre au questionnaire en cours de route et donc, conformément aux consignes qui leur avaient été présentées, les données de ces participants n'ont pas été utilisées dans la recherche.

### **Profil socio-démographique des participants**

Le Tableau 1 présente la répartition des participants selon les principaux renseignements sociodémographiques recueillis. L'échantillon comprend 78 femmes et 20 hommes. Ce ratio correspond approximativement à la proportion des femmes (76%) et des hommes (24%) psychologues au Québec (Rapport annuel de l'OPQ, 2017-2018).

Le répondant le plus jeune est âgé de 25 ans et le plus vieux est âgé de 75 ans. L'âge moyen est de 41 ans. La majorité (85,7 %) des participants a déclaré posséder un diplôme universitaire en psychologie. Les autres étaient diplômés de domaines connexes (p. ex. : 6,1 % en sexologie; 4,1 % en travail social). La majorité des participants provenait de la région de Montréal (40,8 %) et de la Montérégie (14,2 %). En termes d'expérience de pratique clinique, 31,6 % des participants ont rapporté avoir moins de cinq ans d'expérience de pratique clinique, 31,6 % entre cinq à 15 ans d'expérience et 36,7 % ont dit posséder plus de 15 ans d'expérience de pratique clinique au moment de participer à l'étude. La majorité des participants a rapporté qu'ils exerçaient notamment au privé (73,4 %).

Tableau 1  
*Distribution des participants selon les variables sociodémographiques*

Variable sociodémographique	N	%
<b>Sexe</b>		
Femme	78	79,5
Homme	20	20,4
<b>Tranche d'âge</b>		
25 à 35 ans	38	38,7
36 à 45 ans	28	28,5
46 à 55 ans	15	15,3
56 à 65 ans	10	10,2
66 à 75 ans	5	5,1
Donnée manquante	2	2,0
<b>Scolarité</b>		
Baccalauréat	16	16,3
Maîtrise	41	41,8
Doctorat	41	41,8
<b>Discipline</b>		
Psychologie	84	85,7
Sexologie	6	6,1
Travail social	4	4,0
Orientation	1	1,0

Tableau 1  
*Distribution des participants selon les variables sociodémographiques (suite)*

Variable sociodémographique	N	%
Ergothérapie	1	1,0
Criminologie	1	1,0
Autre	1	1,0
<b>Années d'expérience pratique</b>		
Moins de 5 ans	31	31,6
5 à 10 ans	11	11,2
10 à 15 ans	20	20,4
15 à 20 ans	15	15,3
20 à 25 ans	6	6,1
Plus de 25 ans	15	15,3
<i>Fréquence</i>		
<b>Milieus de pratique</b>		
Pratique privée	72	73,4
CSSS ou CLSC	14	14,2
Centre hospitalier	11	11,2
Milieu scolaire	11	11,2
Communautaire	8	8,1
Autres	12	12,2
<b>Clientèle principale</b>		
Adultes	94	94,8
Adolescents	46	46,9
Couples	32	32,6
Personnes âgées	28	28,5
Enfants	17	17,3
Familles	10	10,2
Groupes	7	7,1
Autres	3	3,0
<b>Orientation théorique</b>		
Analytique/psychodynamique	54	54,0
Existentielle/humaniste	52	52,0
Cognitive/comportementale	43	43,8
Gestalt/relation d'objet	17	17,3
Systémique/interactionnelle	14	14,2
Autres	7	7,1

### **Instruments de mesure**

La participation à l'étude consistait à répondre à une série de huit questionnaires autorévélés accessibles par un lien électronique. Dans la section abordant le consentement et la nature de la participation, la définition suivante du CTÉ était rappelée aux participants potentiels :

Le contre-transfert érotique implique **amour, sexualité** et beaucoup plus. Il inclut toutes les **pensées sensuelles** ou **sexuelles** que le thérapeute peut ressentir envers le patient et inclut non seulement l'**attirance** et l'**excitation sexuelle (béguin, fantasme, désir de se rapprocher)**, mais également l'**anxiété** ou l'**énervement** généré par ce type de sentiment [traduction libre]. (Mann, 2003, p. 6)

Pour une section de la partie qualitative, les participants étaient invités à identifier et à penser à un(e) client(e) envers qui ils ressentaient à ce moment-là ou envers qui ils avaient déjà ressenti un CTÉ. Les questionnaires sont détaillés ci-dessous et des copies de ceux-ci sont disponibles en appendice (appendices D à M).

**Questionnaires socio-démographiques.** Tout d'abord, les participants devaient répondre à un questionnaire sociodémographique créé par les chercheurs (Appendice D). Celui-ci permettait notamment de recueillir des renseignements sur l'âge, le sexe, le niveau d'étude du participant, sa région ainsi que des informations sur sa pratique professionnelle (approche thérapeutique priorisée, années d'expérience, contexte de pratique, etc).

**Questionnaire sur le contre-transfert érotique.** À la fin du questionnaire socio-démographique se trouvaient des questions abordant l'expérience du participant par rapport au CTÉ. Pour la question suivante : « Au cours de votre pratique, combien de fois avez-vous ressenti un contre-transfert érotique envers un(e) client(e)? », les participants étaient invités à répondre selon une échelle Likert variant de 1 (jamais) à 5 (très souvent). Dans le cadre de la présente étude, la réponse à cette question renvoie à ce nous avons appelé le CTÉ « subjectif ». Ce questionnaire sur le CTÉ abordait également la sensibilisation perçue des participants relative au CT et au CTÉ (p. ex., « avez-vous été sensibilisé au phénomène du contre-transfert érotique? Si oui, dans quel contexte? »).

***Exploitation Index (EI).*** Développée par Epstein et Simon en 1990, cette mesure auto-révélatrice a été conçue à titre d'outil éducatif et de prévention. Son but premier est de permettre aux thérapeutes qui l'utilisent de s'autoévaluer afin d'obtenir une meilleure représentation de leur potentiel de VF thérapeutiques – ou de ce que les créateurs de l'EI appellent leur potentiel d'exploitation en lien avec leurs clients. Ce questionnaire a été librement traduit par les chercheurs de la présente étude. Il est composé de 32 items représentant sept catégories de type d'attitudes (« factors ») soit : violation de frontière (VF) générale, érotisme, exhibitionnisme, dépendance, recherche de pouvoir, cupidité et permissivité. En se questionnant sur leurs comportements et sur leurs attitudes à l'égard de leurs clients, les répondants sont invités à cocher la réponse aux énoncés selon une

échelle Likert variant de 1 (jamais) à 4 (souvent/mensuellement). Epstein et ses collègues (1992) rapportent un alpha de Cronbach global de 0,81 pour cet outil.

La prémisse sous-tendant l'outil développé par Epstein et Simon est celle voulant que lorsqu'un patient demande de l'aide, l'accord manifeste entre ce dernier et le thérapeute soit que le patient paiera des frais pour recevoir les services du thérapeute. Selon les auteurs, cette compensation financière devrait être la *seule* source de compensation reçue par le thérapeute et toute autre forme de compensations que le thérapeute vise à recevoir dans la relation (que l'intention soit consciente ou inconsciente) représente une dérogation de l'entente encadrant la thérapie et donc une exploitation du thérapeute à l'égard du client.

La catégorie de l'EI qui a été le plus exploitée dans la présente étude est l'*érotisme*. Les sept items inclus dans celle-ci visent à obtenir des signes avant-coureurs indiquant un potentiel conflit non-résolu chez le thérapeute qui pourrait nuire à sa capacité de prévenir que les sentiments érotiques contaminent la thérapie (Epstein & Simon, 1990). En d'autres mots, plus le score obtenu pour cette catégorie est élevé, plus le thérapeute présente un risque de gestion défaillante de CTÉ. Dans le cadre de la présente étude, le score obtenu par les participants pour cette catégorie renvoie à ce nous avons appelé le CTÉ « objectif » (par rapport au CTÉ « subjectif » mesuré par une question à choix multiples tel que mentionné ci-dessus). Les items compris dans cette catégorie incluent par exemple les énoncés suivants : « Touchez-vous vos patients? (excluant la poignée de



main) » et « Vous engagez-vous dans des relations personnelles avec vos patients après la fin de la thérapie? ».

Les sept items de l'EI inclus dans la catégorie *VF générales* réfèrent à des VF qui se traduisent notamment par des comportements ou une attitude familière ou amicale envers le client. Ces VF sont reconnues par Epstein et Simon (1990) comme de l'exploitation puisque ces derniers considèrent qu'elles vont à l'encontre de l'entente explicite et implicite encadrant la thérapie voulant que l'intention et l'objectif du thérapeute ne soient centrés que sur la visée de « traiter » le trouble ou les difficultés (*disorder*) du client en échange d'une compensation financière. Les auteurs soutiennent donc que d'adopter une attitude amicale ou familière avec le client déroge de cette intention et du cadre thérapeutique prévu et représente une forme d'exploitation. Parmi les items inclus dans cette sous-échelle, on retrouve cet énoncé : « Recherchez-vous un contact social avec vos patients à l'extérieur des heures prévues pour leurs séances de thérapie? ».

La catégorie *exhibitionnisme* comprend trois items et elle fait référence à une forme d'exploitation selon laquelle, par exemple, un thérapeute transgresse les notions de confidentialité en se vantant des accomplissements ou de la notoriété de son patient. Le thérapeute *exhibitionniste* ressentirait par exemple de la « fierté mal placée » à l'égard de ses patients et l'on soutient que ceci pourrait le placer dans une position où il serait à risque d'exploiter ses patients. Parmi les trois énoncés inclus dans cette catégorie, on

retrouve celui-ci : « En retirez-vous une grande fierté lorsqu'un patient attirant, important, puissant ou riche s'adresse à vous pour de l'aide? ».

La catégorie *dépendance* comporte elle aussi trois items. Elle fait référence à ce que Epstein et Simon (1990) appellent des besoins infantiles de dépendance présents chez certains thérapeutes. Les auteurs expliquent que ce type de besoin ou de conflits irrésolus peuvent notamment mener à une forme d'exploitation voulant que les thérapeutes retirent « quelque chose sans rien donner en échange, comme des enfants » (« *getting something for nothing* ») comme dans l'exemple du thérapeute qui se réjouit du silence ou du retard d'un patient. Epstein et Simon (1990) soutiennent qu'il s'agit là d'un thérapeute qui jouit d'une résistance d'un patient et que ceci indique un risque quant à la gestion efficace de CT et, ce faisant, quant à la capacité du thérapeute d'accompagner le patient dans la compréhension et le dénouement éventuel de la résistance. Ces besoins renvoient aussi au thérapeute qui profite de la présence du patient pour combler ses besoins d'écoute et d'attention. L'énoncé suivant est par exemple inclus dans la catégorie *dépendance* : « Vous arrive-t-il de parler à vos patients de vos problèmes personnels en vous attendant à ce qu'ils/elles se montrent compatissant(e)s envers vous? ».

La catégorie *recherche de pouvoir* comprend trois items qui se rapportent au besoin du thérapeute de se sentir supérieur, dominant ou en contrôle face au patient. Epstein et Simon (1990) avancent que tous les thérapeutes et que tous les clients sont susceptibles

de faire face à ce type de dynamique compte tenu de la nature de la relation qui les unit et compte tenu du débalancement des pouvoirs qui place le patient dans une position de vulnérabilité par rapport au thérapeute. Parmi les trois items compris dans cette catégorie, on retrouve celui-ci : « Vous arrive-t-il de vous sentir puissant lorsque vous êtes capable de contrôler un patient par le biais de conseils, de médication ou de “contraintes comportementales ?” ».

La catégorie *cupidité* comprend cinq items référant principalement à l'appât du gain guidant les comportements et l'attitude de certains thérapeutes. Voici deux énoncés inclus dans cette catégorie : « Vous engagez-vous dans des contrats d'affaire avec vos patients? » et « Acceptez-vous des cadeaux, des dons ou des traitements de faveur de vos patients? ».

Pour expliquer la catégorie *permissif* qui comporte quatre items, Epstein et Simon (1990) réfèrent à un phénomène communément appelé le « syndrome du sauveur » ou le phénomène du « guérisseur blessé ». Ils expliquent comment le fantasme de « guérir » ou de « sauver » le patient peut placer les besoins du thérapeute avant ceux du patient et comment ceci peut entraver à l'efficacité thérapeutique, menant par exemple le thérapeute à adopter une attitude permissive à l'endroit du patient. Les deux auteurs soutiennent que de percevoir le patient comme une victime et d'être guidé par un « fantasme de sauveur » représentent une forme d'exploitation puisque ceci peut notamment entraver le développement d'enjeux transférentiels qui pourraient nuire à

l'efficacité thérapeutique. Ils avancent aussi que cette catégorie combinée à celle de l'*érotisme* représente la combinaison la plus risquée en termes de gestion défailante de CTE :

Le thérapeute qui accorde des exceptions fréquentes à un patient (p.ex. retard dans les paiements, tarif réduit, exceptions concernant l'horaire), combinées à des sentiments amoureux ressentis envers le patient, peut être un syndrome prodromique de "tomber amoureux". De tels épisodes peuvent indiquer que le thérapeute est peut-être déjà devenu aveugle aux difficultés et aux besoins réels du patient. » [traduction libre] (Epstein & Simon, 1990, p. 463)

### **Questionnaire sur le narcissisme pathologique.**

*L'Échelle de narcissisme pathologique (ÉNP).* Une des facettes du narcissisme pathologique a été évaluée à l'aide de l'échelle de narcissisme pathologique. Développé par Diguer en 2010, cet instrument est l'adaptation francophone du Pathological Narcissism Inventory (PNI) élaboré et validé par Pincus et al. en 2009. Le PNI est reconnu comme étant la seule mesure permettant d'évaluer globalement les deux thèmes phénotypiques du narcissisme pathologique (Wright et al., 2010). Il s'agit d'une mesure autorévélee multidimensionnelle qui compte 52 items s'organisant en sept sous-dimensions du narcissisme. Trois des sept dimensions de l'instrument sont associées aux aspects grandioses du narcissisme pathologique (*exploitation d'autrui, autovalorisation par sacrifice de soi et fantaisie de grandiosité*) alors que les quatre autres dimensions sont associées aux aspects vulnérables du narcissisme (*dissimulation de soi, dévalorisation, estime de soi contingente et colère/supériorité de droit*). *L'exploitation d'autrui* réfère à une attitude manipulatrice. *L'autovalorisation par sacrifice de soi* représente l'utilisation d'actes ou d'intentions soi-disant altruistes pour créer une image

de soi « gonflée ». La *fantaisie de grandiosité* est l'engagement dans des fantasmes compensatoires de succès et d'admiration de soi. La sous-échelle *colère et supériorité de droit* renvoie à des affects de colère ressentis lorsque les attentes ne sont pas atteintes. La *dissimulation de soi* est le refus ou la difficulté à montrer à l'autre ses défauts, ses vulnérabilités et ses besoins. La *dévalorisation* représente le désintérêt ressenti à l'égard de ceux et celles qui ne fournissent pas l'admiration espérée et l'*estime de soi contingente* réfère à une estime personnelle qui fluctue considérablement en l'absence d'admiration externe.

Via une échelle de type Likert en six points, le participant répond à chaque item en indiquant à quel degré il se reconnaît dans chaque énoncé (1 = je ne suis pas vraiment comme cela, 6 = je suis vraiment comme cela). De façon générale, un résultat élevé au score global est associé à une faible estime personnelle, une « détresse interpersonnelle », des affects de honte, de l'agressivité, une organisation limite de la personnalité et une faible empathie.

Les analyses factorielles confirmatoires suggèrent que l'outil englobe les deux facteurs d'ordre supérieur du narcissisme pathologique – grandiosité et vulnérabilité – et que les résultats sont invariables entre les sexes (Wright et al. 2010). Les propriétés psychométriques relatives à la consistance interne de chaque dimension se révèlent satisfaisantes. La cohérence interne pour la version francophone développée par Diguier (2010) varie entre 0,73 et 0,88 (Turmel, 2014).

***Hypersensitive narcissism scale (HSNS).*** Une autre facette du narcissisme pathologique a été évaluée à l'aide du Hypersensitive narcissism scale. Une version française librement traduite du HSNS (Hendin & Cheek, 1997) a aussi été retenue afin de mieux étudier les composantes de l'hypersensibilité et de la vulnérabilité narcissique. Il s'agit d'un instrument autorévéélé unidimensionnel composé de 10 items mesurant le narcissisme vulnérable. L'outil a été développé en corrélant les éléments de l'échelle de narcissisme de Murray (1938) avec les composantes principales du narcissisme vulnérable (*covert narcissism*) du MMPI (Hendin & Cheek, 1997). Les répondants complètent le questionnaire en indiquant sur une échelle Likert en cinq points à quel niveau ils se reconnaissent dans chaque énoncé, allant de fortement en désaccord avec l'énoncé (1) à fortement en accord (5). L'addition des réponses aux 10 items procure un score global et plus le score est élevé, plus le narcissisme vulnérable est important. Hendin et Cheek (1997) rapportent des indices de consistance interne se situant entre 0,72 et 0,76.

**Échelle de mesure des manifestations de la détresse psychologique (ÉMMDP).** L'ÉMMDP (Massé et al., 1998) est un outil de mesure qui permet d'évaluer la détresse psychologique des gens dans la population générale. Il a été élaboré à partir d'une liste de manifestations physiques, cognitives, comportementales et émotive qui furent rapportées par une population non-clinique à travers des récits d'épisodes vécus de détresse. L'équipe de Massé aurait d'abord procédé à une étude qualitative phénoménologique dans laquelle des Québécois auraient été interviewé sur un épisode

de détresse psychologique (Couillard, 2011). On aurait aussi interrogé les participants sur les manifestations perçues de cette détresse. L'analyse de contenu de ces entrevues aurait permis d'identifier un total de 73 manifestations de la détresse. Une seconde étude aurait par la suite été menée auprès de 398 Québécois afin de déterminer à quelle fréquence ils avaient vécu les manifestations de la détresse identifiées dans la recherche phénoménologique. Une analyse exploratoire de facteurs aurait enfin permis d'identifier 23 items basés sur quatre facteurs : l'auto-dévalorisation (7 items), l'irritabilité-agressivité (5 items), l'anxiété-dépression (5 items) et le désengagement social (6 items). Une échelle de Likert constituée de cinq niveaux permet de coter chaque item (variant de 1 « jamais » à 5 « presque toujours »). Les scores de cette échelle de mesure varient entre 0 et 92. Des scores de 25 et plus indiqueraient un risque de détresse psychologique et plus le score obtenu est élevé, plus la détresse psychologique l'est aussi (Massé et al., 1998). Des scores élevés de détresse psychologique sont associés avec une augmentation de la consommation d'alcool, de médicaments psychotropes, le recours aux professionnels de la santé et des mesures d'auto-évaluation de l'état de santé psychologique (Massé et al., 1998). Les coefficients alpha de Cronbach rapportés pour cette version originale francophone sont de 0,93 pour l'échelle globale et ils se situeraient entre 0,81 à 0,89 pour chaque sous-échelle (Massé et al., 1998). Le score global a été utilisé pour la présente étude.

**Countertransference Factors Inventory Revised (CFI-R).** Une version autorévisée du CFI-R de Latts (1996), traduite et adaptée librement par les chercheurs de

la présente étude a été utilisée afin d'explorer la variable « gestion de CT ». On doit la version originale de l'outil (CFI) à Van Wagoner et ses collaborateurs (1991).

Le CFI-R (Appendice E) est un outil comprenant 40 items inclus dans cinq sous-échelles mesurant les caractéristiques et les compétences du thérapeute associé à la gestion efficace de CT. Les items évaluent la conscience de soi, la cohérence du soi (*self-integration*), l'empathie, la capacité de gérer l'anxiété et les habiletés de conceptualisation. La version originale qui comprend 50 items (Van Wagoner et al., 1991) permet aussi d'évaluer ces cinq facteurs qui seraient positivement associés à une gestion efficace de CT. Bien que la mesure initiale de Van Wagoner et ses collaborateurs (1991) soit axée sur les qualités générales des thérapeutes, la version révisée contient quant à elle des éléments qui reflètent davantage les comportements et les attitudes des thérapeutes dans le contexte de l'interaction thérapeutique avec les patients.

Le CFI (Van Wagoner et al., 1991) et le CFI-R - tel que développé par Latts (1996) dans le cadre de ses études doctorales - représentent des versions de l'outil dans lesquelles le superviseur est invité à répondre aux énoncés en évaluant les comportements et les attitudes d'un supervisé. Aux fins de cette étude, l'outil a cependant été converti en mesure autorévolée dans laquelle le participant est invité à se questionner lui-même sur ses propres caractéristiques et compétences. Les participants répondent à chaque item via une échelle de type Likert en cinq points en identifiant dans quelle mesure ils se reconnaissent dans chaque énoncé (1= totalement en accord, 5 =



totalemment en désaccord). Voici un exemple d'énoncé contenu dans le questionnaire : « Je suis conscient(e) de ce que mes patients suscitent en moi. ». La cohérence interne pour le CFI-R est estimée à 0,94, et les alphas de Cronbach pour les sous-échelles se situent entre 0,79 et 0,90 (Latts, 1997).

**Working alliance inventory (WAI-T).** Le WAI (Horvath & Greenberg, 1989) est une mesure autorévélee conçue à l'origine aux fins de l'évaluation de l'alliance de travail dans un contexte de thérapie. Horvath et Greenberg (1989) ont élaboré cet instrument à partir du modèle de Bordin (1879, 1983). Bahrack (1990) l'a ensuite adapté en le modifiant légèrement afin de l'appliquer au contexte de la supervision. Le WAI existe sous deux formes : une version s'adressant au thérapeute (ou au superviseur) et l'autre s'adressant au client (ou au supervisé). La version pour le supervisé (*WAI-trainee*) est celle qui a été retenue pour la présente étude.

Tant dans la version client-thérapeute que dans la version superviseur-supervisé, les 36 items constituant l'instrument sont séparés en trois sous-échelles : le lien affectif ou l'attachement (*bond*), l'accord sur les objectifs (*goal*) et l'accord sur les tâches (*task*). Chaque sous-échelle comprend 12 items. Le participant répond aux items via une échelle Likert en sept points (1= jamais, 7 = toujours). Voici un exemple d'énoncé inclus dans la catégorie *bond* du questionnaire : « Je crois que mon superviseur se préoccupe sincèrement de mon bien-être. » Le WAI-T présente une consistance interne satisfaisante avec des coefficients alpha de Cronbach de 0,91 à la sous-échelle lien

affectif, de 0,90 à la sous-échelle but et de 0,93 à la sous-échelle tâche (Bahrick, 1990). Une version francophone colligée en mars 2003 par Lyne Douville dans le cadre de ses études doctorales en psychologie a été utilisée pour la présente recherche. Pour cette version, Douville (2010) rapporte une consistance interne satisfaisante avec des coefficients alpha de Cronbach de 0,94 au test, de 0,88 à la sous-échelle lien affectif, de 0,86 à la sous-échelle buts et de 0,71 à la sous-échelle tâches.

**Indice de réactivité interpersonnelle (IRI).** Afin de mesurer la capacité empathique des participants, l'IRI de Davis (1980), traduit en français par Lussier (1996) a été utilisé. L'instrument comprend 28 items séparés en quatre sous-échelles : l'adaptation contextuelle, le souci empathique, la détresse personnelle et la fantaisie. Chaque sous-échelle comprend sept items. Ces quatre sous-échelles peuvent quant à elles être regroupées en deux grandes catégories d'empathie : cognitive (adaptation contextuelle) et émotionnelle (souci empathique, fantaisie et détresse personnelle; Davis, 1980).

Pour l'IRI, les participants sont invités à répondre à chaque énoncé au moyen d'une échelle de type Likert en cinq points (1 = ne me décrit pas bien, 5 = me décrit très bien). Pour chaque catégorie, l'addition des sept items procure un score global; le score minimal étant 0 et le score maximal étant de 28. La version originale de Davis (1980) possède des coefficients variant entre 0,70 à 0,80 et des coefficients de stabilité test-retest variant entre 0,61 et 0,81 sur une période de deux mois (Davis, 1980).

Tel que décrit par Lussier et Lemelin (2002), la première sous-échelle, l'adaptation contextuelle, mesure la tendance à adopter spontanément le point de vue des autres dans la vie de tous les jours et est composé d'énoncés tels que « Je trouve parfois difficile de voir les choses du point de vue de l'autre. » Les sept items constituant la sous-échelle du souci empathique mesurent la tendance à vivre des sentiments de sympathie et de compassion en réponse à la détresse d'autrui et comportent des énoncés tel que : « J'ai souvent des sentiments de compassion pour les personnes moins fortunées que moi. » La sous-échelle de la détresse personnelle mesure quant à elle la tendance à vivre de la détresse et de l'inconfort en réponse à la détresse des autres et contient des items comme : « Dans les situations d'urgence, je me sens inquiet(e) et mal à l'aise. » La quatrième sous-échelle du questionnaire, celle de la fantaisie, évalue la tendance à s'imaginer dans des situations fictives et comporte des items comme : « Avec une certaine régularité, je rêve à des choses qui pourraient m'arriver et je les imagine. ».

**Questions ouvertes.** En sus des mesures autorévélees présentées plus haut, dans le but de broser un portrait le plus exhaustif possible du thème de la gestion défaillante de CTÉ tel que vécue et telle que perçue par les participants, huit questions ouvertes facultatives à court développement ont été ajoutées à la fin de la série de questionnaires à choix multiples. Cette portion dite qualitative du questionnaire a été élaborée en s'inspirant d'éléments présents dans les recherches empiriques recensées ainsi qu'en fonction des objectifs de recherche. Quatre thèmes principaux ont guidé la construction

du canevas pour cette partie : la *gestion défailante de CTÉ* en soi, le *dévoilement*, la *formation académique* et les *recommandations*.

La première question ouverte invitait les participants à partager une expérience dans laquelle la trajectoire de leur CTÉ avait pris une tournure insatisfaisante pour eux. La seconde et la troisième question les invitaient à préciser les moyens qu'ils avaient pris ou qu'ils auraient souhaité prendre pendant l'expérience qu'ils évoquaient à la question précédente. Les questions quatre à six traitaient de l'expérience du dévoilement du CTÉ (voici, à titre d'exemple, la question #5 : « Si vous avez parlé de votre contre-transfert érotique à votre superviseur ou à un collègue, comment pourriez-vous qualifier cette expérience? Pourquoi? »). La portion qualitative du questionnaire se terminait avec les questions sept et huit suivantes : « Comment pourriez-vous décrire la formation que vous avez reçue en matière de gestion de contre-transfert érotique? » et « S'il y a lieu, quelle(s) recommandation(s) feriez-vous concernant la formation professionnelle des psychothérapeutes et des psychologues concernant la gestion de contre-transfert érotique? ».

## Résultats

La première portion de ce chapitre présente les résultats des analyses statistiques effectuées pour répondre à l'objectif de l'étude visant à (1) documenter le lien entre la capacité du thérapeute à gérer un CTÉ et les caractéristiques individuelles du thérapeute. Les analyses ont toutes été réalisées à l'aide du logiciel Statistical Package for Social Sciences (SPSS). Pour débiter, les résultats des analyses préliminaires sont détaillés. Ils sont suivis des résultats aux analyses principales visant à répondre aux objectifs de l'étude par le biais de la vérification des hypothèses.

La deuxième portion du chapitre aborde les résultats de l'analyse thématique effectuée sur les réponses obtenues pour la partie qualitative de la collecte afin de répondre aux objectifs de l'étude visant à (2) obtenir des données qualitatives sur la gestion de CTÉ afin d'en dégager des facteurs de risque et de protection rapportés par les participants (3) obtenir des données qualitatives sur l'expérience de dévoilement et de non-dévoilement de CTÉ et (4) explorer le degré de sensibilisation des thérapeutes en lien avec le CTÉ et sa gestion.

### **Analyses préliminaires**

Dans un premier temps, la cohérence interne des instruments de mesure auprès des participants de l'échantillon a été vérifiée. Un alpha de Cronbach se situant entre 0,65 et 0,70 représente une cohérence interne acceptable selon Streiner (2003). Les indices

obtenus pour l'ensemble des instruments se situent entre 0,651 et 0,975 (voir Tableau 2), ce qui soutient l'acceptabilité de leur cohérence interne et de celle de leurs sous-échelles.

Dans un deuxième temps, les postulats de base ont aussi été vérifiés pour conclure que ceux-ci étaient respectés. Pour ce faire, une transformation logarithmique a d'abord été appliquée à l'échelle *Détresse psychologique*, au score total de l'échelle du *Narcissisme pathologique* ainsi qu'à la dimension *Narcissisme grandiose* de cette dernière échelle afin d'en rétablir la normalité des données. Conséquemment à ces transformations, l'ensemble des variables présente des indices d'asymétrie et d'aplatissement se situant entre -1,00 et 1,00, ce qui indique une distribution normale. Le Tableau 2 présente ces indices ainsi que les statistiques descriptives des variables à l'étude.

Puis, la répartition uniforme des nuages de points des régressions standardisées permettait de conclure que le postulat d'homocédasticité et de linéarité était rencontré. Le postulat d'absence de valeurs extrêmes multivariées a aussi été vérifié via les indices de distance de Cook qui sont inférieurs à 1,00. Enfin, une variable catégorielle a été transformée pour que ses catégories soient mieux représentées. En effet, pour la variable *CTÉ subjectif*, les réponses qui étaient initialement proposées aux participants via cinq catégories de type Likert ont plutôt été regroupées en trois catégories pour les analyses. Les réponses *jamais* et *rarement* sont demeurées telles quelles alors que *à l'occasion*, *souvent* et *très souvent* ont été regroupées pour ne former qu'une seule catégorie. Lorsque questionnés au sujet de leur degré de connaissances relatives au CTÉ, la

majorité des participants ont dit qu'ils possédaient peu de connaissances (33,7 %) ou des connaissances moyennes (36,7 %) sur le sujet. La majorité des participants a dit avoir déjà ressenti un CTÉ au cours de leur pratique. Parmi tous les répondants, 17,3 % ont dit qu'ils n'avaient jamais ressenti ce type de CT, 44,9 % ont dit qu'il leur était rarement arrivé de ressentir un CTÉ, 35,7 % ont dit que ceci survenait occasionnellement et 2 % ont dit que ceci leur arrivait souvent ou très souvent.

Tableau 2

*Moyennes, écarts-types, minimum, maximum, asymétrie et aplatissement des variables*

Variable	Alpha de Cronbach	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>Min</i>	<i>Max</i>	Asy	Aplat
<b><i>CTÉ objectif</i></b>							
Dimension érotique de l'Exploitation Index	0,671	2,010	0,656	1,00	3,00	-0,011	-0,629
<b><i>CTÉ subjectif</i></b>							
Questionnaire sur le CTÉ		2,197	0,717	1,00	3,00	-0,325	-0,997
<b><i>Détresse psychologique (DP)</i></b>							
DP total *	0,898	1,649	0,136	1,36	1,95	0,215	-0,668
DP auto-dévalorisation*	0,915	0,249	0,155	0,00	0,60	0,338	-0,822
DP irritabilité*	0,961	0,247	0,154	0,00	0,58	0,109	-0,959
DP anxiété *	0,923	0,395	0,141	0,00	0,68	-0,416	-0,182
DP désengagement social*	0,921	0,235	0,168	0,00	0,62	0,475	-0,596
<b><i>Narcissisme</i></b>							
Narcissisme hypersensible total	0,759	30,398	8,650	12,00	50,00	0,141	-0,592
Narcissisme pathologique (NP) total*	0,809	2,076	0,111	1,81	2,37	0,199	-0,062
NP Grandiose*	0,975	1,644	0,123	1,30	1,94	0,016	-0,041
NP Vulnérable*	0,925	1,871	0,121	1,64	2,20	0,303	-0,159
<b><i>Capacité à gérer CT</i></b>							
Gestion du CT total	0,949	160,968	17,346	108,00	195,00	-0,352	0,434
Conscience de soi	0,797	32,687	3,706	24,00	40,00	-0,060	-0,350
Cohérence du soi	0,790	32,691	3,965	21,00	40,00	-0,451	0,340
Gestion de l'anxiété	0,795	32,408	4,082	20,00	40,00	-0,335	0,478
Empathie	0,791	31,337	3,673	23,00	40,00	-0,060	0,061
Habiletés de conceptualisation	0,782	31,830	4,289	19,00	40,00	-0,337	0,219
<b><i>Capacité empathique</i></b>							
Réactivité interpersonnelle total	0,693	76,451	8,235	54,00	93,00	-0,190	-0,139



Adaptation contextuelle	0,700	23,465	3,611	14,00	31,50	-0,131	-0,172
Fantaisie	0,651	19,711	4,130	10,00	27,00	-0,412	-0,635
Souci empathique	0,682	21,386	3,729	11,00	29,00	-0,190	-0,137
Détresse personnelle	0,729	12,331	4,052	5,00	25,67	0,810	0,782

---

*Note.* \* Les résultats sont présentés pour les variables originales. Les variables accompagnées d'un astérisque sont représentées par leur transformation logarithmique qui a été appliquée pour rencontrer la normalité de la distribution. M = Moyenne. ÉT = Écart-type. Min = Minimum. Max = Maximum. Asy = Asymétrie. Aplat = Aplatissement.

### Analyses principales

#### Corrélations entre les variables à l'étude

Des analyses de corrélations de Pearson entre les variables ont été effectuées. Le Tableau 3 présente les liens entre le CTÉ subj (CTÉ subj qui représente la fréquence d'expérience de CTÉ tel que rapportée par le thérapeute via la question 17 de la première section du questionnaire : « Au cours de votre pratique, combien de fois avez-vous ressenti un contre-transfert érotique envers un(e) client(e)? »), le CTÉ obj tel que mesuré par la dimension érotique de l'*Exploitation Index* (EI), les cinq dimensions du *Countertransference Factors Inventory Revised* (CFI-R), le score total pour l'Échelle de mesure des manifestations de la détresse psychologique (ÉMMDP), le score total pour l'Échelle du narcissisme pathologique (ÉNP), la dimension grandiose de l'ÉNP (ÉNP G), le score total pour l'échelle de l'hypersensibilité narcissique (HSNS) et les quatre dimensions de l'empathie telle que mesurées par l'Interpersonal Reactivity Index (IRI). Des corrélations significatives de tailles faibles ou moyennes (Cohen, 1998) sont observées entre les variables dépendantes et indépendantes. En outre, le narcissisme

pathologique semble être la variable la plus corrélée aux deux variables dépendantes. En effet, plus le score total du participant à l'ÉNP est élevé, plus le CTÉ subj est élevé et plus le CTÉ obj est élevé. Avec des effets de taille semblables à celles de l'ÉNP, un portrait similaire se dresse pour la détresse psychologique en lien avec le CTÉ obj et le CTÉ subj. En effet, de manière similaire au narcissisme pathologique, la détresse psychologique serait elle aussi positivement corrélée au CTÉ subj ( $r(98) = 0,272, p = 0,007$ ) et au CTÉ obj ( $r(98) = 0,343, p = 0,001$ ). Les corrélations entre le score total de l'Échelle de l'hypersensibilité narcissique (HSNS) et le CTÉ sont quant à elles positivement associées. Effectivement, ceci tend à indiquer que plus un thérapeute est narcissiquement hypersensible, plus il le CTÉ obj et le CTÉ subj seront élevés. De façon similaire, avec un effet moyen également obtenu pour ces corrélations, la dimension grandiose de l'Échelle du narcissisme pathologique (ENP) serait elle aussi positivement associée au CTÉ obj au CTÉ subj. Le même genre de corrélation positive est constaté pour l'une des quatre dimensions de l'*Interpersonal Reactivity Index* (IRI) et le CTÉ. En effet, l'échelle de la Détresse personnelle serait positivement corrélée aux deux dimensions du CTÉ. Cette corrélation suggèrent que plus un thérapeute vit de la détresse personnelle, plus le CTÉ obj et le CTÉ subj seront élevés.

Tableau 3

*Corrélation de Pearson entre les variables*

	CTÉ obj	CFI 1	CFI 2	CFI 3	CFI 4	CFI 5	EMM DP tot	ENP tot	HSNS tot	ENP G	IRI 1	IRI 2	IRI 3	IRI 4
CTÉ subj	,471*	-,082	-,203	-,076	-,140	-,108	,272**	,299**	,215*	,280**	-,103	,166	,002	,273**
CTÉ obj		,016	-,195	-,043	-,036	-,099	,343**	,397**	,307**	,354**	-,044	,108	,217*	,292**
CFI 1			,684**	,708**	,830**	,836**	-,218*	-,125	-,278*	,025	,258*	,001	,107	,365**
CFI 2				,796**	,804**	,799**	-,446**	-,326**	-,429**	-,119	,273*	-,287**	-,086	,541**
CFI 3					,806**	,770**	-,363**	-,277*	-,440**	-,085	,245*	-,201	,069	-,582**
CFI 4						,879**	-,423**	-,249*	-,365**	-,085	,361**	-,083	,068	-,422**
CFI 5							-,345**	-,291**	-,327**	-,153	,243*	-,116	,015	-,406**
EMMDP tot								,612**	,550**	,416**	-,180	,194	-,038	,491**
ENP tot									,652**	,864**	-,069	,121	,055	,389**
HSNS tot										,438**	-,185	,103	-,035	,516**
ENP G											,032	,158	,086	,139
IRI 1												,281**	,222*	-,024
IRI 2													,243*	,096
IRI 3														,029
IRI 4														

*Note.* CTÉ subj= CTÉ subjectif ; CTÉ obj = CTÉ objectif = Sous-échelle Érotisme de l'Exploitation Index ; CFI = Countertransference Factors Inventory (Revised); CFI 1 = Conscience de soi, CFI 2 = Cohérence du soi, CFI 3 = Gestion de l'anxiété, CFI 4 = Empathie, CFI 5 = Habiletés de conceptualisation; EMMDP = Échelle de mesure des manifestations de la détresse psychologique ; ENP = Échelle du narcissisme pathologique ; ENP G = Sous-échelle de la grandiosité de l'Échelle du narcissisme pathologique ; HSNS tot = Hypersensitive Narcissism Scale; IRI = Interpersonal Reactivity Index, IRI 1 = Adaptation Contextuelle, IRI 2 = Fantaisie, IRI 3 = Souci empathique, IRI 4 = Détresse personnelle

\*  $p < 0,05$ . \*\*  $p < 0,01$ . \*\*\*  $p < 0,00$

### Vérification du rôle prédictif

Dans le but de poursuivre la documentation du lien entre la capacité du thérapeute à gérer un CTÉ et les caractéristiques individuelles du thérapeute, les données recensées ont été soumises à des régressions multiples. Trois régressions ont été réalisées pour chacune des deux variables dépendantes, soient les CTÉ subjectif et CTÉ objectif. La première a inclus les facteurs du CFI en tant que variables indépendantes, la seconde la dimension grandiose du PNI et le narcissisme vulnérable du HSNS – ce dernier a été préféré à la dimension vulnérable du PNI en raison de la forte corrélation qui la lie à la dimension grandiose - et la troisième les quatre facettes de l'empathie évaluées à l'aide de l'IRI. Les résultats des analyses sont présentés dans le Tableau 4.

Les résultats suggèrent qu'en plus du lien avec la détresse psychologique révélé par les corrélations bivariées du tableau 3, le narcissisme et l'empathie permettent respectivement de prédire des parts de variance significatives du CTÉ subjectif, ( $R^2 = 0,089$ ,  $F(2, 95) = 4,635$ ,  $p = 0,012$ ;  $R^2 = 0,144$ ,  $F(4, 87) = 3,666$ ,  $p = 0,008$ ) et du CTÉ objectif, ( $R^2 = 0,154$ ,  $F(2, 95) = 8,632$ ,  $p < 0,001$ ;  $R^2 = 0,132$ ,  $F(4, 87) = 3,322$ ,  $p = 0,014$ ). En ce qui concerne les compétences de gestion du CT (CFI), l'ensemble de leur contribution au CTÉ subjective n'est pas significative, ( $R^2 = 0,068$ ,  $F(5, 76) = 1,101$ ,  $p = 0,367$ ), ni celle au CTÉ objectif, ( $R^2 = 0,108$ ,  $F(5, 76) = 1,849$ ,  $p = 0,113$ ). De façon plus spécifique, en ce qui a trait au narcissisme, la dimension grandiose explique une part significative de l'une et l'autre variable dépendante, alors que le narcissisme vulnérable ne montre qu'une tendance statistique en relation avec le CTÉ objectif. En ce qui a trait

à la gestion du CT, malgré la contribution non significative de l'ensemble, celle de la dimension cohérence du soi (*self integration*) sur l'une et l'autre des variables dépendantes montre respectivement une tendance statistique et un effet significatif. Enfin, en ce qui concerne l'empathie, la détresse personnelle explique une part significative de variance des deux variables dépendantes, alors que la fantaisie montre un effet significatif sur le CTÉ subjectif et que le souci empathique contribue de façon marginale au CTÉ objectif.

Tableau 4

*Prédiction du risque de violation de frontière thérapeutique selon les caractéristiques individuelles du thérapeute*

Variables	CTÉ subjectif		CTÉ objectif	
	R <sup>2</sup>	β	R <sup>2</sup>	β
Facteurs du contre-transfert — inventaire (CFI)	0,068		0,108	
CFI1 Conscience de soi		0,052		0,238
CFI2 Cohérence du soi		-0,394†		-0,491*
CFI3 Gestion de l'anxiété		0,240		0,186
CFI4 Empathie		-0,180		0,238
CFI5 Habiletés de conceptualisation		0,136		-0,258
Narcissisme pathologique	0,089*		0,154***	
Narcissisme grandiose		0,230*		0,272*
Narcissisme vulnérable		0,114		0,188†
Indice de réactivité interpersonnelle (IRI)	0,144**		0,132*	
IRI1 Adaptation contextuelle		-0,173		-0,062
IRI2 Fantaisie		0,244*		0,066
IRI3 Souci empathique		-0,073		0,198†
IRI4 Détresse personnelle		0,254*		0,279**

*Note.* CTÉ subj= Contre-transfert érotique subjectif ; CTÉ obj = Contre-transfert érotique objectif = Sous-échelle Érotisme de l'Exploitation Index

†  $p = 0,07$  ; \*  $p \leq 0,05$ . \*\* ;  $p \leq 0,01$ . ; \*\*\*  $p \leq 0,001$ .

### Analyse thématique

Dans la section qui suit, les résultats de l'analyse thématique effectuée sur les données brutes obtenues dans le cadre de la portion qualitative de la collecte seront présentés. L'analyse thématique consiste à « procéder systématiquement au repérage, au regroupement et ensuite à l'examen discursif des thèmes abordés dans un corpus » (Paillé & Muchielli, 2012, p. 232). L'analyse a permis de faire ressortir cinq grands axes thématiques soit *les réactions inhérentes au CTÉ*, *les impacts du CTÉ dans la relation thérapeutique*, *les facteurs de risque*, *les facteurs de protection* ainsi que *les recommandations*. Ces axes ainsi que leurs thèmes et leurs sous-thèmes seront présentés sous forme d'arbre thématique (voir Tableau 5) et seront détaillés dans les paragraphes qui suivent.

D'abord, il importe de souligner que compte-tenu de la modalité de la cueillette de données (écrite), l'approfondissement sur l'expérience des participants sur le thème à l'étude demeure limité. Il importe également de rappeler que la section qualitative de la recherche était facultative et que les répondants pouvaient soumettre leur participation sans avoir complété les huit questions à court développement. Dans les instructions, les participants étaient invités à fournir une réponse constituée d'approximativement 10 phrases pour chaque question. Ceci dit, chaque réponse recueillie comprenait en moyenne approximativement 65 mots. Pour les questions 1 à 6, entre 24 à 40 réponses ont été obtenues pour chaque question. Cette première section questionnait les participants sur leur expérience avec le CTÉ et sur leur expérience de dévoilement ou de

non-dévoilement de CTÉ. Pour ce qui est de l'autre section, respectivement 79 et 76 participants ont répondu aux questions 7 et 8 qui portaient sur la formation académique et professionnelle portant sur le CTÉ. Toutes les réponses obtenues (360 réponses au total pour les huit questions) ont été considérées dans l'analyse thématique.

Tableau 5

## Portrait global de la thématisation : Expérience subjective de CTÉ

Axes thématiques	Thèmes et sous-thèmes
1. Réactions inhérentes au CTÉ	1.1 Inconfort face au CTÉ <ul style="list-style-type: none"> <li>- Honte et culpabilité</li> <li>- Difficulté à gérer anxiété situationnelle</li> <li>- Entrave à la disposition du thérapeute</li> <li>- Émergence de fantasmes</li> <li>- Agacement</li> <li>- Panique</li> </ul>
2. Impacts dans la relation thérapeutique	2.1 Agissements bénins du CTÉ <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrave de l'attention</li> <li>- Envie de cesser le suivi</li> <li>- Surinvestissement dans la relation</li> <li>- Mouvement de recul / mise à distance du client</li> <li>- Rigidité accrue dans la relation</li> <li>- Diminution de l'empathie</li> </ul>
3. Facteurs de risque	3. Événements de vie difficiles <ul style="list-style-type: none"> <li>- Rupture amoureuse récente</li> <li>- Décès d'un proche</li> </ul>
4. Facteurs de protection	4.1 Supervision clinique 4.2 Lectures sur le sujet du CTÉ 4.3 Recours à la thérapie personnelle 4.4. Consultation auprès de collègues
5. Recommandations	4. Briser le tabou <ul style="list-style-type: none"> <li>- Normaliser le phénomène</li> </ul> 4.1 Améliorer la formation <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formation universitaire</li> <li>- Formation continue</li> </ul>

## Réactions inhérentes au CTÉ

**Inconfort face au CTÉ.** D'abord, lorsque questionnés au sujet d'une expérience de gestion défaillante de CTÉ qu'ils avaient déjà vécu, les participants soulignaient l'inconfort que leur avait procuré ce type de CT. La majorité d'entre eux rapportait avoir ressenti de la honte, de la culpabilité et de la confusion devant leur CTÉ. En effet, les mots « honte » ou « honteux(se) » ont été mentionnés à 14 reprises dans les réponses des participants. Outre les mots usuels (je, le, et, plus) ainsi que les termes référant directement aux questions (supervision, contre-transfert, formation, thérapie), le mot « honte » est celui qui a été codé le plus souvent dans toutes les réponses des participants. En référence à des pensées liées au CTÉ, une participante partageait son inconfort comme suit : *« N'étant pas très à l'aise avec le sujet à ce moment, je tentais de chasser ces pensées et je me sentais mal de les avoir. »* (R242). La plupart des participants rapportaient avoir été déstabilisés par la honte et ne pas avoir su « quoi en faire ». En disant qu'il ne se sentait pas « indifférent » au transfert érotique perçu chez un client, un participant exprimait l'idée de la honte « déstabilisante » mentionnée ci-dessus de la façon suivante : *« J'étais troublé et je n'ai pas su comment utiliser ce matériel et mon contre-transfert pour en faire quelque chose de constructif ou thérapeutique. »* (R116). De la même façon que ce participant, la majorité rapportait s'être sentie démunie et indiquait ne pas avoir su utiliser son CTÉ de manière constructive. Plusieurs participantes mentionnaient s'être senties inefficaces dans le suivi avec le client concerné. Bien que deux participantes (R1026 & R547) aient



rapportées s'être senties surinvesties dans la relation thérapeutique, la majorité des participants ont quant à eux répondu qu'ils se sentaient davantage distants et parfois plus rigides dans la relation. Une participante partageait un aperçu éloquent de cette impression de distance découlant de son CTÉ :

*La charge contre-transférentielle est apparue assez massivement au cours d'une séance et je l'ai gérée par un mouvement de recul de mon engagement dans la rencontre qui a diminué mon empathie envers le client et ma capacité de me joindre à l'élaboration du sens de son expérience. (R240)*

Plusieurs participants nommaient avoir ressenti de l'anxiété parallèlement au CTÉ. En effet, plusieurs rapportaient avoir été troublées en séance lorsqu'ils ressentaient un CTÉ. Un de ceux-ci expliquait que l'émergence de fantasmes sexuels générait de l'anxiété chez lui : « *De courtes émergences de fantasmes sexuels pouvaient créer de l'anxiété chez moi.* » (R170). Voici une participante qui partageait une expérience lors de laquelle un client envers qui elle ressentait un CTÉ aurait mis en doute le « bon match » entre eux : « *J'ai été prise de panique. J'ai eu de la difficulté à gérer mon anxiété pour le reste de la rencontre.* » (R630). Un autre parlait plutôt d'un agacement ressenti en séance : « *(...) Un agacement associé aux distractions qu'un contre-transfert amoureux amène en séance et qui entrave l'attention au discours explicite et implicite du patient.* » (R69). Un participant mentionnait que le dévoilement explicite du transfert amoureux d'une cliente aurait contribué à le déstabiliser et que ceci aurait affecté la gestion de son CT (R1027) :

*La déclaration des sentiments de la cliente m'a placé dans une zone inconfortable. Certaines fantaisies se sont présentées à mon esprit entre les séances. L'inconfort de la cliente, ou son émoi, m'a amené à proposer de cesser le suivi ou de faire une référence, ce qu'elle a refusé. L'entente a donc été de prendre en compte le*

*transfert amoureux dans la démarche thérapeutique. À la fin du suivi, je doute du bien-fondé du maintien de la relation.*

Un participant notait qu'une posture « *fortement suggestive adoptée par une cliente* » (R288) pendant une rencontre l'aurait décontenancé et que ce genre de comportement de la part du client aurait contribué à sa difficulté à gérer son CT.

### **Impacts dans la relation thérapeutique**

**Agissement bénins sur CTÉ.** Plusieurs impacts du CTÉ dans la relation thérapeutique ont pu être dégagés des réponses des participants. Effectivement, plusieurs ont noté que leurs interventions étaient moins efficaces, floues, qu'ils se sentaient distraits, inattentifs et certains ont dit qu'ils se sentaient envahis. Une participante exprimait sa distraction ainsi : « *Je me mettais à penser à ma relation et ce qu'elle serait si j'étais avec le client à la place et j'en perdais parfois des bouts de ce que disait le client. J'étais perturbée de me voir ainsi distraite.* » (R869) Plusieurs participants, dont le suivant, notaient qu'ils étaient aux prises avec des images intrusives qui nuisaient à leur attention pendant les séances: « *Je me surprends au départ à m'imaginer me rapprocher physiquement d'elle et même la toucher, ce qui me cause un important malaise et inhibe ma capacité à penser.* » (R288). Une participante remarquait qu'elle était devenu rigide, qu'elle avait perdu sa neutralité et qu'elle se voyait contrôlante avec le client : « *[Le CTÉ] me faisait perdre ma neutralité et me faisait devenir plus rigide, plus contrôlante en entrevue à un point tel qu'une tension négative s'est installée.* » (R1041)

À la question 1, lorsqu’invités à se remémorer et à décrire une expérience lors de laquelle leur CTÉ avait pris une trajectoire insatisfaisante pour eux, les participants rapportaient des agissements bénins de CT, en ce sens que le CT interférait avec leur efficacité thérapeutique : un participant indiquait que, motivé par son inconfort, il aurait prolongé une période d’évaluation psychométrique avec un client (R1016). Ce dernier soulignait que c’est en discutant avec des collègues qu’il se serait alors remis en doute quant au bienfondé de ce prolongement et qu’il l’aurait alors associé à son CTÉ. Plusieurs participants mentionnaient qu’ils remarquaient leur difficulté à gérer leur anxiété pendant les séances avec le client concerné. Deux participantes ont affirmé que le client envers qui elle ressentait un CTÉ aurait lui-même mis un terme précoce au suivi individuel débuté avec elles (R526 & R968). Deux participants rapportaient avoir eux-mêmes mis un terme précoce au suivi thérapeutique en référant le client à un collègue (R1027 & R1041).

### **Facteurs de risque**

Aucune question abordant directement les facteurs de risque associés à la gestion du CTÉ n’était incluse dans les questions ouvertes. Cela dit, en relatant leurs expériences de gestion de CTÉ, les participants étaient portés à souligner par eux-mêmes les facteurs qui, selon eux, avaient contribué à une gestion inefficace de leur CTÉ.

**Événements de vie difficiles.** Parmi les facteurs de risque associés à une gestion défaillante de CTÉ, trois participantes identifiaient explicitement une rupture amoureuse récente. Une autre nommait aussi une relation amoureuse qui « battait de l’aile » (R869). Une participante mentionnait le décès récent d’un parent (R245) comme facteur de risque et partageait son expérience ainsi :

*Après une rupture amoureuse et le décès de ma mère, j'ai noté une sensibilité plus grande aux hommes qui me consultaient. C'était une période où j'étais dépressive, anxieuse et je désirais revivre une relation amoureuse. (R245)*

### **Facteurs de protection**

Parmi les facteurs de protection identifiés dans les réponses, la supervision, la consultation auprès de collègues, les lectures portant sur le CTÉ ainsi que la thérapie personnelle sont les principaux qui ont été mentionnés. Voici un participant expliquant comment la supervision l’avait aidé à gérer un CTÉ :

*Je suis allée en supervision et j'ai décortiqué ce que je vivais et pourquoi je le vivais. J'ai pu cerner en quoi cela agissait sur mes interventions et réguler mon émotion. Le contre-transfert a diminué de lui-même par la suite, nous avons abordé la question de la fin. (R539)*

Un participant a également mentionné que pour gérer un CTÉ, le « *recours occasionnel à la masturbation hors séance pour réduire la tension* » (R69) avait été aidant pour lui. Parmi les facteurs de protection identifiés, le recours à la thérapie individuelle personnelle émergeait aussi des réponses des participants. À la question portant sur leurs recommandations au sujet du phénomène de la gestion du CTÉ, plusieurs répondants mentionnaient l’importance d’encourager les thérapeutes à prendre soin de leur santé

psychologique en tout temps et plus particulièrement lorsqu'ils vivent des événements de vie difficiles.

**Expérience positive de dévoilement.** Parmi les 37 participants qui ont répondu à la question 4 leur demandant s'ils avaient parlé de leur CTÉ à un superviseur ou à un collègue, 62 % de ceux-ci ont rapporté avoir parlé de leur CTÉ à un superviseur ou à un collègue alors que 38 % ont rapporté n'en avoir jamais parlé à quiconque. Ceux qui ont rapporté n'en avoir jamais parlé à quiconque répondaient ne pas l'avoir fait par peur, par honte ou par manque de lieu pour le faire (en mentionnant, par exemple, qu'ils n'avaient pas de supervision au moment des faits) ou parce qu'ils n'en ressentaient pas le besoin. Ce participant explique pourquoi il n'avait pas abordé la question en supervision : « *Je ne sentais pas la nécessité de parler de ce cas en particulier car ce n'était pas envahissant comme émotions. J'en ai toutefois parlé de façon indirecte en psychothérapie personnelle.* » (R70). Voici une participante qui exprimait quant à elle un certain regret de ne pas avoir eu de supervision au moment d'être confrontée à un CTÉ : « *J'aurais probablement souhaité avoir un lieu pour en parler pour diminuer mon trouble.* » (R1005). En voici un autre qui exprimait une idée similaire : « *Une supervision plus soutenue m'aurait peut-être aidé à être moins sensible à la flatterie et aurait pu permettre une référence plus ferme vers un autre thérapeute.* » (R1027).

Parmi les 25 participants ayant rapporté en avoir parlé, 24 ont répondu à la question 5 portant sur leur satisfaction face à leur expérience de dévoilement de CTÉ. De ces 24

répondants, la totalité a rapporté que leur expérience de dévoilement avait été positive. Pour décrire leur expérience positive de dévoilement de CTÉ, certains mots utilisés par ces participants étaient « *bénéfique* », « *inconfortable mais essentielle* », « *constructive* », « *riche* », « *validante* » et « *rassurante* ». Une participante rapportait que son dévoilement en supervision n'avait pas été « *si aidant* » (R119), mais que son dévoilement auprès de collègues l'avait été. Une autre participant (R562) mentionnait que son dévoilement auprès de collègues priorisant l'approche psychodynamique avait été aidant, mais qu'elle s'était senti jugée en abordant son expérience auprès de collègues priorisant d'autres approches.

### **Recommandations des participants**

76 participants ont répondu à la question 8 qui était la suivante : « S'il y a lieu, quelles recommandation(s) feriez-vous concernant la formation professionnelle des thérapeutes concernant la gestion de contre-transfert érotique? ». La majorité des participants a répondu que les programmes universitaires profiteraient de certains ajustements quant à leur façon d'aborder le CTÉ. À ce sujet, une participante mentionnait que les cours offerts ne devraient pas se limiter à l'aspect déontologique de l'enjeu (R232). Deux autres proposaient d'inclure des jeux de rôles abordant le CTÉ à la formation universitaire (R550 & R1049). Une participante parlait d'inclure un cours d'initiation au CTÉ au programme du baccalauréat en psychologie (R1041). Plusieurs participants parlaient plutôt d'offrir de la formation continue qui traite de ces enjeux. Parmi les autres recommandations, plusieurs participants nommaient l'importance

d'encourager les thérapeutes à recourir à la supervision. Un de ceux-ci proposait que la thérapie personnelle soit obligatoire pour tous les thérapeutes :

*Selon moi, la psychothérapie personnelle devrait être obligatoire pour tous les psychothérapeutes confondus (psychologues et psychothérapeutes). Même avec des années d'expérience, aucun thérapeute n'est à l'abri de vivre un contre-transfert érotique. (R1045)*

Plusieurs participants recommandaient de dédramatiser et de briser le tabou entourant le phénomène du CTÉ. Comme plusieurs autres, cette participante encourageait les thérapeutes à parler davantage du phénomène : « *On doit en parler plus! Afin que ceux qui en ressentent sachent que ça peut arriver, que c'est normal et que ce n'est pas honteux d'en parler! Ne pas rester seul avec un tel contre-transfert!* » (R547).

**Formation universitaire.** 44 % des 79 participants ayant répondu à la question 6 rapportaient n'avoir reçu aucune formation universitaire sur le CTÉ. Des 79 participants ayant répondu à la question, 47 % ont répondu qu'ils avaient reçu une formation universitaire minimale au sujet du CTÉ (une formation « *quasi inexistante* »; « *presque nulle* », « *de base* »; « *incomplète* ») et 7 % ont affirmé que la formation universitaire qu'ils avaient reçue sur le sujet était « *suffisante* » ou « *adéquate* ». Huit participants ont répondu qu'ils avaient reçu une formation hors du cadre universitaire portant sur le sujet sans toutefois mentionner s'ils avaient aussi reçu une formation universitaire ou pas. Un autre participant a répondu qu'il avait peut-être reçu une formation universitaire portant sur le sujet, mais qu'il n'en était pas certain (R232).

Parmi les participantes qui soulignaient n'avoir jamais reçu de formation universitaire sur le sujet, deux de celles-ci affirmaient être diplômées dans un autre domaine que la psychologie et l'une d'entre elles se disait d'avis que d'inclure ce sujet au cursus scolaire pourrait être intéressant :

*Je ne suis pas psychologue, donc je ne connais pas la formation professionnelle à ce sujet. Mais, en travail social, elle m'apparaît rarissime. On devrait avoir plus de formation à ce sujet dans le cadre du baccalauréat. Je crois que ce sont des concepts très importants à discuter et étudier pour améliorer le savoir-être et faire en intervention dans le cadre d'une relation d'aide. (R864)*

Une autre thérapeute diplômée pour sa part en sexologie abondait dans le même sens :

*« Il faudrait absolument aborder cela dans la formation. Il faudrait parler plus du contre-transfert tout court. En sexologie on n'en a pas parlé dans ma cohorte. » (R868).*

**Formation continue.** Plusieurs participants abordaient le thème de la formation continue dans leur réponse à la question 8. Certains d'entre eux recommandaient aux thérapeutes de mieux s'outiller pour affronter un CTÉ en participant à des ateliers de formation continue qui abordent cet enjeu. Un participant expliquait comment la formation continue qu'il avait reçue l'avait aidé dans sa gestion de CTÉ : *« Par chance j'étais déjà dans un processus de psychothérapie et en formation continue avec une approche psychanalytique et systémique. Cependant c'est dans le cadre de la formation continue que j'ai pu le saisir plus profondément. » (R245)* D'autres déploraient justement le manque de formation continue abordant le CTÉ et soulignaient le besoin d'en avoir davantage. En parlant à la fois de la formation universitaire et de la formation continue, un participant exprimait sa recommandation ainsi :



*C'est un enjeu important et relativement fréquent, on ne devrait pas se limiter aux balises de l'interdit déontologique pour nous outiller davantage face à une réalité clinique. Inclure cet aspect dans la formation générale, mais surtout dans la formation continue. (R1027)*

## **Discussion**

Dans la section qui suit, des pistes d'explication en regard des résultats obtenus et des écrits scientifiques seront discutées. Ensuite, les implications scientifiques et cliniques de la présente recherche seront abordées. Enfin, les limites de l'étude ainsi que des pistes futures de recherche seront proposées.

Le premier objectif de cette recherche visait à documenter le lien entre la capacité du thérapeute à gérer un CTÉ et les caractéristiques individuelles du thérapeute. Basé sur les travaux ayant étudié l'effet du thérapeute (*the therapist effect*) dans la gestion du CT, il était attendu que certaines dimensions du narcissisme pathologique du thérapeute ainsi que la détresse psychologique du thérapeute soient positivement associées à la gestion défailante du CTÉ et que l'empathie du thérapeute soit quant à elle associée négativement à la gestion défailante de CTÉ.

Les analyses effectuées sur les données recueillies auprès des 98 thérapeutes sondés tendent à indiquer que quatre facteurs associés aux caractéristiques du thérapeute pourraient effectivement avoir un lien positif avec une gestion défailante de CTÉ. La détresse psychologie, le narcissisme, la capacité du thérapeute à gérer le CT ainsi que la capacité empathique seraient tous des facteurs liés à la capacité du thérapeute à gérer un CTÉ.

### **La détresse psychologique**

Les résultats indiquent que la détresse psychologique d'un thérapeute serait positivement associée tant à une tendance à éprouver des expériences de CTÉ qu'à une capacité défaillante à gérer ces expériences. Quatre dimensions de manifestations de détresse psychologique vécue par le thérapeute au cours des six mois précédents la passation du questionnaire étaient évaluées dans la présente étude : l'auto-dévalorisation, l'irritabilité-agressivité, l'anxiété-dépression et le désengagement social. Dans le cadre des analyses principales, ces quatre dimensions ont été considérées globalement puisqu'étroitement associées les unes aux autres. Les thérapeutes qui rapportaient davantage de ces manifestations de détresse psychologique étaient aussi ceux qui rapportaient plus de CTÉ subj. Ce sont aussi les thérapeutes rapportant davantage de manifestations de détresse psychologique qui obtenaient les scores les plus élevés pour le CTÉ obj et le CTÉ subj.

L'état psychologique des thérapeutes est dans la mire de plusieurs chercheurs depuis quelques années (Craig & Sprang, 2010; Linley & Joseph, 2007). Une étude récente concluait qu'un thérapeute sur dix présentait un niveau de détresse psychologique significativement élevé (Laverdière, Kealy, Ogrodniczuk, & Morin, 2018). Les résultats d'une autre étude suggèrent quant à eux que l'état affectif du thérapeute en début et en cours de séance exerce un impact sur l'alliance thérapeutique (Chui, Hill, Kline, Kuo & Mohr, 2016). Compte tenu que les études sont désormais unanimes quant au lien entre l'alliance et l'efficacité thérapeutique (Wampold, 2001), on ne peut qu'en conclure que

la détresse psychologique éprouvée par le thérapeute le rend moins efficace. Par ailleurs, les liens négatifs observés entre la détresse psychologique et l'ensemble des facettes de la gestion du contre-transfert au sein de la présente étude suggèrent que des difficultés de gestion du CT pourraient être impliquées dans cette baisse d'efficacité et agir en partie en tant que facteur médiateur. Qui plus est, en raison de son caractère particulièrement perturbant, les difficultés de gestion pourraient se révéler plus importantes à l'endroit du contre-transfert érotique, comme en témoignent les propos rapportés dans la partie qualitative de l'étude. À ce titre, il serait particulièrement intéressant dans de futures études d'évaluer la capacité de gestion du CT non pas de façon générale, mais plutôt en lien avec des CTÉ.

La dimension *détresse personnelle* de l'Indice de réactivité interpersonnelle (IRI) s'est elle aussi révélée associée aux CTÉ subjectif et au CTÉ objectif. Comparativement à l'Échelle des manifestations de la détresse psychologique, la *détresse personnelle* de l'IRI renvoie davantage à une détresse situationnelle (vs. un état général de détresse). En effet, cette sous-échelle mesure la tendance à vivre de la détresse et de l'inconfort dans un contexte relationnel tendu. Ce résultat suggère que la détresse situationnelle vécue par un thérapeute aurait une influence sur sa tendance à vivre des expériences de CTÉ ainsi que sur sa capacité à gérer un CTÉ. Un constat similaire s'est dégagé de la portion qualitative de l'étude. Effectivement, l'analyse thématique a elle aussi révélé que la détresse situationnelle était l'un des thèmes que les thérapeutes semblaient associer à une trajectoire insatisfaisante de gestion de CTÉ. Considérant que les participants

utilisaient davantage le terme « anxiété » que « détresse » dans leur réponse, c'est le thème « d'anxiété situationnelle » qui a été choisi pour l'analyse thématique. Selon le sens qui se dégageait des réponses des participants, il a été conclu que le vécu qu'ils rapportaient dans leurs réponses en utilisant le terme anxiété correspondait au concept de la détresse situationnelle tel que décrit plus haut.

Pour aller un peu plus loin, on pourrait suggérer que la fonction « contenante » du thérapeute - que l'on pourrait comprendre comme une composante de son savoir-être – est altérée par un état psychologique précaire, ce qui influence sa capacité à réagir à une détresse émotionnelle ou à un inconfort perçu ou senti chez l'Autre, comme par exemple, à un transfert érotique, à une identification projective d'un client ou à un mécanisme de formation réactionnelle du client. La fonction contenante du thérapeute renvoie notamment à l'idée de Jung (1946) qui compare le processus thérapeutique à un processus alchimique dans lequel le récipient (représenté par le thérapeute ainsi que par le cadre thérapeutique) contient des « produits chimiques » - les pensées et les sentiments du client et du thérapeute - devant être conservés « en toute sécurité ». Cette tâche - visant à conserver les « produits chimiques en toute sécurité dans le récipient » incombe au thérapeute et son outil principal pour y parvenir est son savoir-être. Par « en toute sécurité », on comprend qu'il s'agit là pour le thérapeute de contenir, sans agir, et de viser à mentaliser les pensées et les sentiments qu'il contient. Cette contenance qui permet au processus de mentalisation de prendre place se traduit parfois par une interprétation au client, mais pas toujours. En regard des résultats obtenus dans la

présente étude et en regard des autres études qui abordent le sujet (Hayes, Gelso, Golberg, &, Kivlighan, 2018), il est possible d'avancer qu'un état de santé psychologique précaire présenté par un thérapeute nuit à la fonction de contenance de ce dernier et que ceci mine sa capacité à préserver les « produits chimiques en toute sécurité dans le récipient ». En extrapolant l'analogie, on pourrait présumer que le mélange de certaines substances chimiques pourrait donner lieu à des résultats destructeurs, voire explosifs comme par exemple à des VFS.

### **Le narcissisme grandiose**

En ce qui concerne le narcissisme grandiose, les résultats illustrent que plus le profil de personnalité d'un thérapeute présente des traits de narcissisme grandiose, plus il rapportera de CTÉ subj et de CTÉ obj. Par ailleurs, cette dimension du narcissisme est apparue comme étant légèrement plus corrélée au CTÉ objet et au CTÉ subj que la dimension du narcissisme vulnérable. La variable du narcissisme grandiose est d'ailleurs celle qui s'est révélée être la plus fortement corrélée aux deux variables dépendantes.

Rappelons que les sous-échelles du narcissisme grandiose tel qu'évaluées dans la présente étude étaient l'exploitation d'autrui, l'autovalorisation par sacrifice de soi et la fantaisie de grandiosité. Considérant ces sous-échelles, il apparaît peu étonnant que cette dimension soit celle qui soit apparue comme étant la plus fortement corrélée aux variables dépendantes. Premièrement, les items inclus dans la sous-échelle de l'exploitation d'autrui réfèrent presque directement au CTÉ obj qui pour sa part, en

s'appuyant sur les violations de frontières thérapeutiques commises et rapportées par le participant, évalue le risque que le participant commette davantage de VF – ce qui renvoie directement au risque d'exploitation d'autrui. En effet, certains items de la dimension *exploitation d'autrui* de l'ENP renvoient à des tendances manipulatrices retrouvées dans des mécanismes de protection typiquement associés au narcissisme grandiose (p. ex. : « Je peux faire croire n'importe quoi à n'importe qui » et « En discutant, je peux me sortir de toutes les situations ».) Deuxièmement, il est possible de mettre en parallèle la sous-échelle de l'autovalorisation par sacrifice de soi à la notion de *maladie d'amour* de Gabbard (2016). Rappelons que dans sa catégorisation psychodynamique des psychopathologies susceptibles d'être associées à une gestion défaillante de CTÉ, Gabbard (2016) identifiait *la maladie d'amour* ainsi que l'abandon masochiste comme étant les deux principales catégories de psychopathologie à risque. La sous-échelle de l'autovalorisation de soi par sacrifice d'autrui rappelle la théorie de Gabbard (2016) sur les thérapeutes *malades d'amour* qui, obnubilés par leurs besoins narcissiques (leur besoin d'autovalorisation) en oublieront le cadre thérapeutique et les besoins du client (sacrifice d'autrui).

Tel que soutenu par Kernberg (1975) et Kohut (1977), le narcissisme grandiose est antagoniste à une capacité empathique optimale. Étant donné que la capacité empathique d'un thérapeute est positivement associée à sa capacité à gérer efficacement un CT (Peabody & Gelso, 1982), il apparaît sensé qu'un individu présentant des traits de narcissisme grandiose ait davantage de difficulté à gérer efficacement un CTÉ. Il



apparaît aussi logique que ce type de thérapeute aura davantage tendance à ressentir des expériences de CTÉ que celui qui présente un profil de personnalité moins teinté par le narcissisme grandiose. En effet, on peut penser que l'individu présentant des traits narcissiques grandioses tendra à percevoir davantage de CTÉ en raison notamment de ses défenses qui le protègent d'une estime de soi défaillante. Effectivement, tel que proposé par Celenza (2007), l'expérience de CTÉ serait positivement associée à l'existence d'un transfert similaire de la part du client. Autrement dit, il est soutenu que plus un thérapeute perçoit ou ressent un transfert érotique chez un client, plus il risque de ressentir à son tour un CT de nature similaire. L'analyse thématique de la présente étude a aussi permis de corroborer ce lien. En effet, dans leurs réponses, plusieurs participants partageant leur expérience selon laquelle ils avaient perçu que le client envers qui ils ressentaient un CTÉ semblait lui aussi, implicitement ou explicitement, présenter un transfert de nature similaire à leur CT. Les théories du narcissisme grandiose, notamment celles de Kernberg (1998) et de Kohut (1977) veulent que les défenses typiquement associées au narcissisme grandiose servent à protéger l'individu d'entrer en contact avec une estime de soi défaillante. En cohérence avec le postulat du soi-objet explicité précédemment, on peut penser qu'en relation avec un client ressentant ou exprimant un transfert érotique à son égard, il pourrait s'avérer plus difficile pour un narcissique grandiose se défendant d'une estime de soi défaillante de ne pas « utiliser » ce type de contre-transfert pour nourrir son égo, par exemple. Il pourrait aussi être plus difficile pour l'individu présentant des traits de la personnalité narcissique grandiose de résister à la tentation de nourrir ses fantasmes de grandiosité en utilisant le transfert

positif perçu chez un client. Ce faisant, plutôt que de contenir et de mentaliser le transfert érotique qui se déploie dans la relation, peut-être que le narcissique grandiose contribuera à nourrir le transfert, notamment en y réagissant conformément à ses propres défaillances narcissiques. Étant reconnu comme un individu tendant à prioriser ses besoins plutôt que ceux de l'Autre, l'individu présentant des traits de la personnalité narcissique grandiose, lorsqu'impliqué dans des enjeux transférentiels de nature érotique, risquera d'être obnubilé par ses désirs et ses pulsions et il sera alors plus difficile pour ce dernier de se ramener aux besoins du client, à la nature de leur relation et au cadre thérapeutique. En d'autres termes, ce type de thérapeute risquera de privilégier ses propres besoins aux dépens des besoins réels du client.

### **Le narcissisme vulnérable**

Les résultats obtenus ne permettent pas de conclure que le narcissisme vulnérable serait aussi une dimension du narcissisme significativement associée au CTÉ subjectif et au CTÉ objectif. En effet, considérant que seules les corrélations bivariées sont significatives, on peut penser que la relation du CTÉ avec le narcissisme vulnérable est significative probablement parce que partagée avec le narcissisme grandiose.

Ceci dit, les résultats obtenus pour les corrélations bivariées tendent à appuyer les théories de Gabbard (2016) en ce qui concerne les thérapeutes *malades d'amour* et ceux que Gabbard considère plus enclins à l'abandon masochiste. En effet, dans les deux types de profils de thérapeute que l'auteur considère comme les plus susceptibles de

vivre des difficultés de gestion de CTÉ, un débalancement narcissique est présent dans leurs vulnérabilités personnelles. Tel qu'affirmé par Gabbard, les résultats obtenus dans la présente étude indiquent que les thérapeutes rapportant plus de CTÉ subjectif et objectif présentent davantage des traits, un débalancement ou des vulnérabilités narcissiques – qu'il s'agisse de narcissisme grandiose ou vulnérable – plutôt qu'un trouble sévère de la personnalité narcissique.

On soutient que le même enjeu central, soit l'estime de soi défaillante, serait au cœur des vulnérabilités des narcissiques grandioses et vulnérables, mais qu'il se traduirait différemment. Effectivement, alors que le narcissisme grandiose renvoie à des pulsions agressives, des idées de grandeur, une tendance à l'exploitation et à un besoin plus franc d'attention, le narcissisme vulnérable (ou *covert narcissism*) renvoie quant à lui à une forme d'hypersensibilité, une tendance à se sentir rabaissé ou négligé, une difficulté à vivre un sentiment de réussite, une hypervigilance, une tendance anxieuse et passive-agressive. Tandis que le narcissique grandiose est reconnu pour dominer et rabaisser l'Autre pour pallier une faible estime personnelle, le narcissisme vulnérable est quant à lui associé à une tendance à se mettre au service de l'Autre pour pallier aux mêmes vulnérabilités que le grandiose (Gabbard, 1994). Compte tenu de cette tendance qui l'incite parfois à rechercher l'admiration pour son « don de soi » et à en perdre de vue l'Autre et les besoins réels de l'Autre, le narcissique vulnérable est lui aussi généralement associé dans la littérature à un risque de gestion défaillante de CTÉ

(Gabbard, 1994; Luchner, Mirsalimi, Moser, & Jones, 2008) ce que les résultats de la présente étude ne permettent pas de corroborer directement.

### **Les habiletés personnelles**

Les résultats ont permis de mettre en lumière certains liens entre les habiletés personnelles d'un thérapeute et sa tendance à vivre des expériences de CTÉ ainsi que des liens entre ses habiletés personnelles et sa capacité à gérer un CTÉ. Cela dit, parmi les cinq dimensions du Countertransference Factors Inventory qui permettent de mesurer les compétences de gestion de CT d'un thérapeute, la seule qui est ressortie comme étant significativement associée aux variables à l'étude est celle de la cohérence du soi (*self integration*). En effet, les résultats suggèrent que plus la cohérence du soi d'un thérapeute est élevée, moins la fréquence d'expérience de CTÉ qu'il rapporte sera élevée et moins les risques de gestion défailante de CTÉ seront élevés. Rappelons que la cohérence du soi du thérapeute représente la capacité du thérapeute à se différencier de l'autre (Fatter & Hayes, 2013). On soutient qu'un thérapeute qui possède une bonne cohérence du soi a une identité claire et stable lui permettant de distinguer et de reconnaître sa propre contribution dans ses relations. Une bonne cohérence du soi serait aussi un facteur de protection contre la contagion émotionnelle ou une confusion entre les émotions du client et celles du thérapeute. Tel qu'illustré plus haut, ceci est cohérent les valeurs prédictives obtenues dans la présente étude. En effet, il apparaît logique qu'un thérapeute présentant une faible cohérence du soi ait plus de difficulté à contenir et à mentaliser un quelconque « contenu », particulièrement un contenu reconnu comme

étant particulièrement honteux et inconfortable tel que le CTÉ. Ces résultats apparaissent eux aussi cohérents avec la catégorie des thérapeutes *malades d'amour* mentionnée plus haut. En effet, on peut penser que, particulièrement lorsque confrontés à un client exprimant ou ressentait un transfert érotique à leur égard, le thérapeute *malade d'amour* peinera à distinguer sa contribution dans la relation et sera à risque de confondre le ressenti du client au sien. S'il ne possède pas une cohérence du soi suffisante, le thérapeute peinera à distinguer ses besoins, ses pulsions et ses désirs des besoins réels du client.

### **Capacité empathique**

Des liens ont été observés entre la capacité empathique d'un thérapeute et le CTÉ subjectif et le CTÉ objectif. Trois des quatre dimensions de l'Indice de réactivité interpersonnelle sont apparues comme étant positivement associées aux deux variables dépendantes. Autrement dit, plus un thérapeute est empathique, moins il rapporte des expériences de CTÉ et moins il est à risque de mal gérer des expériences de CTÉ. Les deux dimensions qui se sont révélées être plus significativement associées au CTÉ sont la fantaisie et la détresse personnelle. Cette dernière sous-échelle a été abordée dans la section de la détresse psychologique plus haut à titre comparatif avec l'état de détresse psychologique. Rappelons tout de même que pour la sous-échelle de la détresse personnelle, plus le score obtenu était élevé, plus le participant rapportait de CTÉ subjectif et objectif. En ce qui concerne la sous-échelle de la fantaisie, celle-ci évalue la tendance du thérapeute à s'imaginer dans des situations fictives. Les résultats révélaient

que plus la tendance d'un thérapeute à s'imaginer dans des situations fictives est élevée, plus il rapporterait des expériences de CTÉ et plus il était à risque de mal gérer un CTÉ.

Cette conclusion est cohérente avec les résultats obtenus pour l'aspect grandiose du narcissisme. En effet, la tendance à alimenter des fantasmes n'est pas sans rappeler les envies de grandiosité caractéristique du narcissisme grandiose. Tel que mentionné plus haut, la fantaisie de grandiosité est d'ailleurs l'une des dimensions évaluées par l'outil permettant de mesurer le narcissisme grandiose. Autrement dit, il apparaît logique que la dimension fantaisie de l'Indice de réactivité interpersonnelle soit elle aussi associée au CTÉ objectif et au CTÉ subjectif.

### **Retour sur les objectifs exploratoires**

Les objectifs 2, 3 et 4 étaient de nature exploratoire. L'objectif 2 visait à obtenir des données qualitatives sur la gestion de CTÉ afin d'en dégager des facteurs de risque et de protection rapportés par les participants, le 3 visait à obtenir des données qualitatives sur l'expérience de dévoilement et de non-dévoilement de CTÉ et le 4 visait à explorer le degré de sensibilisation des thérapeutes en lien avec le CTÉ et sa gestion (niveau d'aisance face au phénomène; formation reçue sur le sujet).

### **Facteurs de risque**

Les résultats de l'analyse thématique permettent d'appuyer les études qui soutiennent que les événements de vie stressants sont des facteurs de risque à une gestion défailante

de CTÉ (Celenza, 2007; Gabbard 2016; Hall, 2001; Pope, 1993). Alors que l'analyse quantitative permettait de faire état de la détresse psychologique vécue par les participants au cours des six derniers mois ainsi que de faire état de leur capacité à gérer une détresse situationnelle, l'analyse thématique pour la partie qualitative a quant à elle permis de faire ressortir les thèmes centraux basés sur les expériences passées de gestion défaillante de CTÉ tel que partagées par les participants. Parmi ces thèmes, les événements de vie stressants, notamment la rupture amoureuse et le décès d'un proche ont été identifiés comme facteurs de risque à une gestion défaillante de CTÉ. En effet, en référence à un CTÉ qui avait pris une trajectoire insatisfaisante pour eux, les participants soulignaient qu'ils associaient ceci à une période de vulnérabilité dans laquelle ils se trouvaient à l'époque. Plusieurs ont fait mention d'une rupture amoureuse récente ou de difficultés qu'ils vivaient dans leur relation amoureuse à l'époque. Outre ces circonstances, l'une des participantes a aussi mentionné que, lorsqu'elle avait vécu une gestion de CTÉ insatisfaisante à ses yeux, elle associait notamment ceci à une vulnérabilité qu'elle ressentait à l'époque conséquemment au décès de sa mère qui venait de survenir.

Tel que mentionné plus haut, ceci appuie les études existantes sur le sujet. En effet, on soutient qu'un thérapeute vivant des difficultés personnelles pourra être plus tenté de combler certains besoins relationnels (p. ex. : besoin de réassurance, de se sentir important ou spécial, besoin de réconfort, besoin d'intimité, etc.) auprès de ses clients (Jehu, 1994). Ce postulat renvoie aussi aux notions impliquées dans la catégorie de

thérapeutes *malades d'amour* tel que proposé par Gabbard (2016). Tel qu'explicité par ce dernier dans sa théorisation, il est soutenu qu'une inversion des rôles prend place lorsque les besoins relationnels du thérapeute s'immiscent dans la relation thérapeutique. On comprend que dès lors que le thérapeute peine à combler ses besoins relationnels dans sa vie personnelle ainsi que dès lors que ses besoins narcissiques s'insèrent dans la relation, cette inversion des rôles risque de prendre place et une forme de « contamination » relationnelle antagoniste à l'efficacité thérapeute en résulte. Effectivement, un thérapeute menant une vie personnelle épanouie dans laquelle ses besoins relationnels sont comblés aura par ailleurs plus de facilité à vivre une forme « d'abstinence narcissique » dans les relations thérapeutiques qu'il construit avec ses clients.

### **Facteurs de protection**

Les facteurs de protection ayant émergé des réponses des participants sont le recours à la supervision, la consultation auprès de collègues, les lectures sur le sujet du CTÉ et la thérapie personnelle. Premièrement, ceci est cohérent avec l'un des facteurs de risque communément associé à la gestion défaillante de CTÉ soit l'isolement professionnel (Celenza, 2007; Gabbard, 2016; Jehu, 1994). En effet, plusieurs participants affirmaient que le fait d'avoir parlé de leur CTÉ à un superviseur ou à un collègue les avait aidés à gérer leur CTÉ. Leur expérience de dévoilement sera abordée plus en profondeur plus bas. Plusieurs autres affirmaient que leur thérapie personnelle avait été le lieu qu'ils



avaient privilégié pour aborder la question et ceux-ci rapportaient tous que l'expérience avait été positive et bénéfique pour eux.

Deuxièmement, un autre thème ayant été identifié dans les réponses des participants est la lecture portant sur le CTÉ. Ceci apparaît cohérent avec les études soutenant que l'habileté de conceptualisation d'un thérapeute - qui représente son aptitude à réfléchir de façon abstraite à la relation thérapeutique - est un facteur de protection contre la gestion défaillante de CT (Van Wagoner, Gelso, Hayes, & Diemer, 1991; Robbins & Jolkovski, 1987). En effet, on peut penser que le fait de lire au sujet du phénomène du CTÉ pourrait faciliter sa reconnaissance lorsqu'il survient et donc potentiellement contribuer à la gestion efficace de CTÉ. On peut par ailleurs présumer que de lire sur le sujet pourrait d'une part normaliser le vécu d'un thérapeute qui ressent un tel CT et, d'autre part, l'amener à réfléchir et à prendre du recul sur le CTÉ qu'il ressent et sur la façon d'y faire face.

Troisièmement, la thérapie personnelle est elle aussi ressortie comme étant un facteur de protection contre une gestion défaillante de CTÉ. Plusieurs participants ont reconnu avoir bénéficié de cet espace pour réfléchir sur leur CTÉ et pour leur permettre de prendre une distance nécessaire à une gestion efficace de CTÉ.

**Dévoilement de CTÉ.** L'analyse thématique a permis de conclure que la majorité des participants accordait une connotation hautement positive à leur expérience de

dévoilement de CTÉ. Rappelons que seulement deux des participants (parmi les 25 ayant rapporté avoir parlé de leur CTÉ à quelqu'un) avaient rapporté une expérience de dévoilement relativement mitigée.

**Sensibilisation.** Le dernier objectif exploratoire visait à explorer le degré de sensibilisation des thérapeutes en lien avec le CTÉ et sa gestion. Quelques questions à choix multiples inclus dans le questionnaire socio-démographique ainsi que l'analyse thématique des témoignages des thérapeutes concernant leur niveau d'aisance face au phénomène, la formation qu'ils ont reçue sur le sujet ainsi que des recommandations qu'ils ont formulées ont permis d'atteindre cet objectif.

D'abord, en ce qui concerne leur niveau d'aisance face au phénomène, les résultats obtenus permettent de conclure que, bien qu'ils affirment avoir reçu peu ou pas de formation sur le sujet, la majorité des répondants se disaient tout de même relativement confiants quant à leur capacité à gérer efficacement un CTÉ. L'analyse thématique abondait dans le même sens que les réponses quantitatives et permettait aussi de conclure que, pour la majorité des participants, le CTÉ représentait un sujet auquel ils avaient déjà minimalement réfléchi ou dont ils avaient déjà entendu parler. Cela dit, un certain manque de sensibilisation se dégageait des réponses d'une minorité des participants, principalement de psychothérapeutes provenant de d'autres domaines que la psychologie. En effet, ces derniers se disaient eux-mêmes explicitement peu familiarisés au phénomène du CTÉ. Ces résultats convergent vers la position de

plusieurs auteurs tel que Bridges (1998) qui affirme ceci au sujet des programmes de formation :

[...] Bien que les stagiaires ressentent souvent une attirance sexuelle dans la relation thérapeutique, des programmes spécialisés traitant des dilemmes sexuels et les problèmes de limites sont souvent absents dans les programmes d'études supérieures et dans les programmes de formation continue pour les professionnels de la santé mentale. Sans préparation adéquate, les stagiaires courent le risque de se livrer à des comportements destructeurs ou de développer des styles de pratique nocifs au processus psychothérapeutique. [traduction libre] (p. 218)

Bien que peu surprenant, ce constat apparaît tout de même préoccupant. Effectivement, on peut se questionner quant à la capacité d'un thérapeute à gérer un CT si ce dernier n'a même jamais entendu parler d'enjeux transférentiels. Le lexique employé importe peu, en ce sens que plusieurs thérapeutes ont déjà entendu parler de CT sans que celui-ci ne soit jamais nommé ainsi. Il semble par ailleurs que certains thérapeutes soient particulièrement peu sensibilisés aux enjeux relationnels spécifiques impliqués dans la relation thérapeutique.

### **Recommandations**

Les résultats de l'analyse thématique ont permis de relever quelques thèmes émanant des recommandations des participants en ce qui concerne le phénomène de CTÉ. Premièrement, la majorité des participants ont noté la pertinence de parler davantage du phénomène. Tel que recommandé dans la conclusion de plusieurs auteurs (Celenza, 2007; Gabbard, 2017; Valiquette, 2007), les participants de la présente étude ont été nombreux à souligner l'importance de briser le tabou entourant les sentiments amoureux ou l'attirance sexuelle qu'un thérapeute peut ressentir à l'égard d'un client.

Deuxièmement, les résultats de l'analyse ont illustré que la majorité des participants plaidait en faveur d'une amélioration des programmes de formation en ce qui concerne la gestion de CTÉ. En effet, l'analyse illustre que plusieurs participants percevaient des failles dans l'enseignement du CTÉ offert par les programmes universitaires. Plusieurs participants formulaient la recommandation que des cours adressant plus directement la problématique soit proposés dans le cursus. Certains soulignaient la pertinence qu'un angle plus appliqué à la clinique (vs. à l'aspect déontologique) soit priorisé.

En effet, l'idée de prôner l'ouverture et de préconiser une approche préventive plutôt qu'une vision axée notamment sur les conséquences négatives associées aux inconduites sexuelles apparaît judicieuse. À ce sujet, rappelons que, tels qu'illustré par la littérature et tel que corroboré par l'analyse thématique menée dans le cadre de la présente étude, la peur des représailles, du jugement et de la honte sont tous des facteurs associés au non-dévoilement du CTÉ. En 1987, une enquête nationale menée par Pope et ses collaborateurs révélait que 10 % des thérapeutes questionnés croyaient que l'attirance sexuelle ressentie par un thérapeute envers un patient était immorale (*unethical*). Bien que les résultats de la présente analyse ne permettent pas d'avancer un constat similaire, il est possible de présumer que cette prévalence demeure relativement stable au fil des décennies. Cette présomption explique en partie le tabou perdurant qui entoure le phénomène, notamment la peur des représailles et du jugement qui décourage les thérapeutes à s'ouvrir par rapport au CTÉ qu'ils vivent. La position de la communauté

scientifique est pourtant claire et consensuelle : l'attirance sexuelle ressentie par un thérapeute envers un client est une réaction naturelle et humaine à laquelle on peut - et on doit - s'attendre (Jehu, 1994). Le même consensus est valable pour les fantasmes sexuels éprouvés par le thérapeute à l'endroit d'un client en ce sens que ceux-ci sont considérés comme étant normaux et inoffensifs dans la mesure où ils ne sont pas agis : « Les fantasmes sexuels sont des expériences humaines normales et très courantes. Les thérapeutes et les clients fantasment régulièrement les uns sur les autres. De tels fantasmes ne deviennent un problème que lorsqu'ils sont agis. » (Edelwich & Brodsky, 1991, p. 14).

### **Retombés de l'étude**

#### **Apports scientifiques**

Cette étude apporte une contribution au développement des connaissances scientifiques en psychologie et plus particulièrement au sujet de la gestion du CTÉ. Même si certaines études se penchent sur la question de la gestion défaillante de CTÉ, la majorité d'entre elles sont effectuées aux États-Unis et la plupart visent à dresser un portrait de la prévalence des inconduites sexuelles plutôt que de s'intéresser aux facteurs prédictifs et précipitants associés à la gestion défaillante de CTÉ. Cette recherche était donc une opportunité de se questionner sur la réalité des thérapeutes québécois en ce qui concerne les facteurs de risque et de protection associés à la gestion défaillante de CTÉ.

Dans un deuxième temps, cette recherche aura servi à mieux saisir les caractéristiques individuelles pouvant prédisposer à une gestion défaillante de CTÉ. Plus précisément, l'un des apports significatifs de cette étude est de s'être intéressée aux vulnérabilités narcissiques du psychothérapeute comme facteurs de la personnalité pouvant prédisposer à une gestion défaillante de CTÉ. À notre connaissance, aucune étude n'avait à ce jour permis de saisir quantitativement le lien entre ces variables. La recherche aura aussi permis de mieux saisir certains facteurs précipitants ainsi que certains facteurs de protection associés à la gestion défaillante de CTÉ.

### **Apports cliniques**

Sur le plan des retombés cliniques, cette étude a d'abord permis aux participants de réfléchir sur leur pratique professionnelle et de se questionner sur les thèmes du CTÉ et des VF. S'imposant comme nouveau paradigme en psychologie ainsi que dans plusieurs autres domaines, une approche préventive était au cœur de cette étude. Tel qu'explicité dans un mémoire en droit publié par Me Leslie Azer (2013), une approche visant la sensibilisation et l'éducation semble être la meilleure avenue à prioriser en vue de diminuer les VFS. Parmi ses recommandations, Me Azer soulignait que :

Non seulement est-il important de faire de la sensibilisation, mais encore faut-il se vouer à la prévention. En effet, il faudrait que les futurs professionnels soient au courant des dangers reliés à l'inconduite sexuelle, notamment en recevant une formation universitaire sur le sujet, les préparant à l'avance à la réalité de leur pratique. [...] En ce sens, un simple cours de déontologie professionnelle ne suffirait pas pour prévenir les abus à caractère sexuel.

En effet, il est soutenu que des réflexions constantes, le développement d'une conscience réflexive de soi en interaction et une analyse approfondie de son travail de thérapeute sont des aspects fondamentaux de l'efficacité thérapeutique (Binder, 2004; Lecomte, 2007). Sans avoir la prétention d'y être parvenue, cette recherche visait notamment à susciter une réflexion et une discussion chez les professionnels et à amenuiser le tabou entourant le phénomène du CTÉ.

Les résultats de cette étude ont aussi le potentiel d'éclairer les thérapeutes sur les divers enjeux impliqués dans le phénomène du CTÉ. Effectivement, ils permettent de mettre en lumière la pertinence pour le thérapeute de prendre soin de son outil de travail principal – son savoir-être- qui inclus notamment ses besoins relationnels et ses besoins narcissiques. En fournissant un éclairage théorique appliqué à une réalité clinique, en mettant des mots sur les fondements et les mécanismes impliqués dans un phénomène encore trop peu symbolisé, l'étude permet notamment de normaliser et de mieux comprendre ces besoins relationnels et ces besoins narcissiques de tout individu dans l'optique que ceux-ci n'entravent pas à l'efficacité thérapeutique.

### **Limites et pistes de recherches futures**

Cette section présente les limites de l'étude et propose des pistes de recherches futures qui pourront permettre l'avancement des connaissances sur la gestion défaillante du CTÉ.

La première limite à noter de cette étude et l'utilisation d'outils autorévélés. Compte tenu de la nature du sujet abordé par l'étude, il est très probable qu'un biais de désirabilité sociale ait pu teinter les réponses fournies par les participants tant pour la partie quantitative que pour la partie qualitative.

On peut par ailleurs se questionner par rapport aux intentions et aux intérêts des participants ayant accepté de répondre à la sollicitation. Rappelons que parmi les 1094 accès enregistrés pour la page hébergeant le questionnaire, 247 personnes ont démontré un intérêt minimal envers la recherche en commençant à remplir les questionnaires sans toutefois compléter la passation complète d'une durée approximative de 45 minutes. Les participants de l'étude étaient-ils des thérapeutes touchés directement par la problématique? Des thérapeutes déjà familiers ou ouverts par rapport à celle-ci? À cet égard, on peut se demander si les thérapeutes impliqués personnellement dans des cas d'inconduites sexuelles, présumés ou fondés, ou ceux qui l'ont déjà été par le passé ont participé à l'étude. Supposant que leur adresse courriel ait été retirée de la liste d'envoi de l'Ordre de psychologues du Québec (OPQ), on présume aussi que les thérapeutes ayant été radiés de l'OPQ pour cause d'inconduite sexuelle ne faisaient pas partie des thérapeutes sollicités. Il aurait sans doute été intéressant de pouvoir inclure ceux-ci dans l'étude. Il va sans dire que la perspective de mener d'autres études abordant des thèmes similaires à celui-ci et davantage adaptés à un échantillon constitué uniquement de thérapeutes ayant déjà été reconnus coupables d'inconduite sexuelle pourrait être pertinente.



La portée des variables dépendantes de l'étude, soit le CTÉ objectif et le CTÉ subjectif, constitue également une limite à prendre en compte en interprétant les résultats de la présente étude. Rappelons que ni les sentiments associés au CTÉ ni certains agissements associés au CTÉ ne constituent des comportements sexuels en tant que tels, mais plutôt des facteurs qui pourraient éventuellement contribuer à leur émission. Notons donc que la présente étude se limite presque exclusivement à la prédiction du CTÉ et non pas aux agissements sexuels en tant que tels.

Une autre limite de cette étude est la petitesse de l'échantillon utilisé pour certains outils de mesure. Étant donné qu'aucune section de la passation des questionnaires n'était obligatoire, il a été constaté qu'un nombre considérable de participants n'ont pas répondu au *Countertransference Factors Inventory* et à l'*Interpersonal Reactivity Index* ce qui a légèrement nui à l'analyse des résultats et à la puissance statistique des données obtenues.

Une autre limite concerne la traduction libre de certains questionnaires utilisés dans la présente étude (*Exploitation Index*; *Hypersensitive Narcissism Scale*; *Countertransference Factors Inventory*). Il va sans dire qu'une méthode de traduction plus rigoureuse aurait permis d'appuyer davantage les postulats de validité et de fiabilité.

Dans un autre ordre d'idées, bien qu'une vision interrelationnelle du CTÉ sous-tendait cette recherche, pour des raisons de faisabilité, le choix a été fait de mettre l'accent sur la contribution du thérapeute au phénomène. Ce faisant, l'une des conséquences de ce choix a été de ne pouvoir rendre compte des aspects intersubjectifs associés au phénomène de CTÉ. En effet, la méthode et les outils psychométriques utilisés dans la présente étude s'intéressaient principalement aux caractéristiques du thérapeute pouvant contribuer au CTÉ et les enjeux relationnels ont été négligés. Avec du recul, il est constaté que les enjeux interrelationnels impliqués dans la relation thérapeutique sont effectivement difficiles à étudier de façon rigoureuse et objective et qu'une recherche d'une plus grande ampleur aurait pu permettre de respecter davantage un angle d'intersubjectivité pour aborder la question du CTÉ. Pour ce faire, par exemple, des dyades de thérapeute-client auraient pu être étudiées de façon longitudinale et les deux parties auraient pu être sondées au sujet d'éléments transférentiels érotiques se déployant ou non au sein de leur relation au cours d'un suivi. Une méthode plus flexible, comme un devis qualitatif aurait alors pu permettre de recueillir le vécu des deux côtés, thérapeute et client, afin d'obtenir des données ajustées à une réalité complexe et intersubjective. Plus simplement, des questions ouvertes abordant les enjeux intersubjectifs de la relation thérapeutique auraient aussi pu être intégrées au questionnaire de la présente recherche. Dans la portion qualitative, les participants auraient par exemple pu être invités à répondre à une question comme « Pouvez-vous nous parler de la relation que vous entretenez avec le/la client(e) pour qui vous avez déjà ressenti ou pour qui vous ressentez présentement un contre-transfert érotique? ».

En ce qui concerne les pistes de recherche futures, la présente recherche a permis de cibler un élément d'intérêt central associé à la problématique de la gestion défaillante de CTÉ : la gestion de la honte. En effet, la réflexion découlant des résultats obtenus permet de présumer qu'un lien significatif unit la gestion de CTÉ à la gestion de la honte. Autrement dit, en regard des résultats obtenus, il est possible d'avancer qu'une gestion défaillante de CTÉ peut être, dans plusieurs cas, synonyme d'une honte mal gérée, d'une honte refoulée ou d'une défense massive contre une honte pressentie. Tel que précédemment mentionné, cette difficulté serait par ailleurs communément associée à un débalancement narcissique se traduisant tant par des mécanismes relevant davantage de la grandiosité narcissique que par de l'hypersensibilité narcissique (Lewis, 1987). D'une part, on présume qu'une gestion défaillante de l'émotion de la honte pourrait d'abord être un facteur de risque à une contenance et une mentalisation inefficaces de la part du thérapeute. D'autre part, outre le risque de contribuer à une difficulté à contenir et à mentaliser, on pense qu'une gestion défaillante de la honte pourrait aussi contribuer au non-dévoilement d'un CTÉ, facteur qui aurait le potentiel d'aider le thérapeute à élucider les enjeux transférentiels de la relation, prendre du recul par rapport au CTÉ et, le cas échéant, à réparer ou à récupérer ce qui a été rompu ou altéré avec le client impliqué dans le CTÉ. Bref, il pourrait être intéressant d'investiguer davantage la question de la gestion de la honte auprès des thérapeutes.

## **Conclusion**

Cette étude a principalement permis de faire ressortir l'existence de liens entre la tendance d'un thérapeute à percevoir des expériences de CTÉ dans sa pratique, le risque de gestion défaillante de CTÉ, les habiletés personnelles du thérapeute, la présence de traits narcissiques chez le thérapeute ainsi que sa capacité empathique. D'abord, les résultats tendent à indiquer qu'un thérapeute présentant davantage de tendances narcissiques rapportera plus d'expériences de CTÉ et qu'il sera aussi plus à risque que des violations de frontières thérapeutiques surviennent au cours de sa pratique. Plus précisément, l'étude permet d'avancer que l'hypersensibilité narcissique d'un thérapeute, le narcissisme grandiose d'un thérapeute, la cohérence du soi du thérapeute, sa capacité empathique ainsi que son niveau de détresse psychologique sont toutes des variables associées à la gestion défaillante de CTÉ.

Considérant l'omniprésence du phénomène de CTÉ dans la pratique d'un thérapeute ainsi que la prévalence des inconduites sexuelles survenant dans les bureaux de consultation, cette étude contribue à l'avancement encore nécessaire des connaissances sur la gestion défaillante du CTÉ. Elle apporte tantôt un éclairage supplémentaire quant aux facteurs individuels prédisposant un thérapeute à une gestion défaillante de CTÉ, tantôt un regard critique sur les programmes de formation proposés aux futurs thérapeutes et sur les exigences encadrant la pratique des thérapeutes en exercice. En effet, les résultats obtenus nous incitent à se questionner sur la qualité de la formation reçue par certains thérapeutes, plus particulièrement en ce qui concerne la formation reçue par les thérapeutes provenant de d'autres domaines que la psychologie.

Les résultats de l'étude tendent aussi à souligner l'importance pour les thérapeutes de prendre soin de leur santé psychologique et de ne pas s'isoler, ni professionnellement, ni personnellement. Au sujet des normes encadrant la pratique des thérapeutes, on peut aussi se questionner sur la pertinence d'obliger les thérapeutes à recourir eux-mêmes à la thérapie individuelle et à la supervision. Tel que souligné par Lecomte et ses collaborateurs (Lecomte, Savard, Drouin, & Guillon, 2007), bien que les recherches n'indiquent pas que les psychothérapeutes ayant consulté pour eux-mêmes soient plus efficaces que les autres (Clark, 1986), quelques études rapportent cependant que les psychothérapeutes qui ont consulté sont un peu plus conscients de leurs réactions subjectives à l'égard de leurs clients (McDevitt, 1987).

Par ailleurs, cette recherche met la lumière sur un besoin de briser un certain tabou qui entoure encore le phénomène du CTÉ et sur le besoin de poursuivre les études sur la gestion efficace du CTÉ. En effet, il est possible de penser que moins le CTÉ sera tabou, plus la honte qu'il génère sera tolérable et aura le potentiel d'être entendue et utilisée efficacement par le thérapeute qui la pressent. Autrement dit, on vise à rendre l'intolérable tolérable : moins le thérapeute aura honte d'avoir honte, plus il osera s'ouvrir à un tiers dans l'optique de se protéger contre une gestion défaillante de CTÉ.

Tisseron (2006) exprime bien cette idée en proposant la rhétorique suivante :

Si on sanctionne ceux qui parlent parce qu'ils ne connaissent pas la honte et que ceux qui l'éprouvent ne parlent pas, qui parlera? On voit bien que la seule solution consiste à ce que ceux qui éprouvent de la honte fassent de celle-ci une force qui leur permette de prendre la parole (Tisseron, 2006, p. 205)

C'est lorsque la honte devient tolérable qu'elle peut être utilisée à titre de « honte constructive » (Spero, 1984). Tel que souligné plus haut, la honte est particulièrement difficile à tolérer pour les individus présentant des débalancements narcissiques et tel que corroboré par cette étude ainsi que tel que généralement reconnu dans la littérature, les thérapeutes tendent à présenter un profil présentant ce genre de débalancements. Après tout, tel que le rappelle Lewis (1994) en citant Freud (1905) « *shame is only about the self* ».

La présente recherche permet aussi de souligner la pertinence de poursuivre nos réflexions portant sur les enjeux éthiques de la profession de thérapeute ainsi que sur les enjeux éthiques de toute profession impliquant un déséquilibre au niveau des pouvoirs relationnels. Nous pouvons, à juste titre, nous questionner sur ce que signifie concrètement la terminaison de l'offre d'un service psychologique et sur ce que représente la « fameuse règle » du deux ans voulant qu'un client cesse d'être un client deux ans après la terminaison de la relation thérapeutique. Qu'en est-il des services rendus par un psychiatre, un omnipraticien ou par un urgentologue ?

Au sujet des débalancements narcissiques des thérapeutes, soulignons d'abord que des méta-analyses attribuaient récemment un caractère épidémique à la prévalence des traits de personnalité narcissique dans la population générale (Twenge, Konrath, Foster, Campbell, & Bushman, 2008). Bien que leurs

conclusions se basent principalement sur des recherches effectuées aux États-Unis et que leur ouvrage intitulé *The Narcissism Epidemic: Living in the Age of Entitlement* s'attarde surtout à expliquer le phénomène dans le contexte de la culture nord-américaine, ces chercheurs concluent à des épidémies similaires survenant ailleurs partout dans le monde.

Ceci dit, à moins d'une réforme systématique et majeure de la profession, des programmes de formation et des processus de sélection des futurs thérapeutes, on peut penser que les vulnérabilités narcissiques demeureront une réalité dans les profils types des thérapeutes. Il est bien connu que les thérapeutes sont attirés vers la profession en raison de forces, vulnérabilités, besoins et intérêts – conscients ou inconscients – qui, si apprivoisés, surmontés et mentalisés, peuvent leur être utiles dans leur pratique et pourront bénéficier aux clients qui croiseront leur chemin (Glickauf-Hughes & Mehlman, 1995; Miller, 1997; Perlman, 2009; Sussman, 1992). Cela dit, il est aussi généralement reconnu que ces mêmes forces, vulnérabilités, besoins et intérêts qui les ont initialement attirés vers la profession de thérapeute ont le potentiel de nuire non seulement à leur épanouissement personnel, mais aussi à leur efficacité thérapeutique s'ils demeurent inconscients, irrésolus ou insatisfaits. Enfin, cette étude fait ressortir la pertinence pour le thérapeute de se questionner par rapport à sa pratique et de demeurer vigilant quant aux « pièges » ou aux risques associés aux enjeux transférentiels mal gérés. Pour conclure, au sujet du « comment » - comment s'y prendre pour cultiver et entretenir cette vigilance - nous en sommes à se poser la même question fondamentale



soulignée explicitement par Dr. Conrad Lecomte et ses collaborateurs (Lecomte, Savard, Drouin, & Guillon, 2007) et par ailleurs mise en évidence dans presque tous les ouvrages de Lecomte (2007) : « Est-ce réellement possible pour un thérapeute d'apprendre ou d'améliorer des habiletés complexes d'intervention sans feedback et sans un espace de réflexion soutenue avec un superviseur? ».

## Références

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5* (5<sup>e</sup> éd.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.
- Azer, L. (2013) *Tolérance zéro en matière d'inconduite sexuelle chez les professionnels de la santé : utopie ou réalité?* (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Qc. Repéré à <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/6689>
- Bahrnick, A. S. (1990). Role induction for counselor trainees: Effects on the supervisory working alliance. *Dissertation Abstracts International*, 51, 1484.
- Barrett-Lennard, G. T. (1962). Dimension of therapist responses as causal factors in therapeutic change. *Psychological Monographs*, 76, 1-36.
- Beauchesne, A. K., & Boisclair, I. (2007, avril). Les conséquences de l'intimité sexuelle dans un contexte thérapeutique chez la victime. *Les cahiers de PV : les abus sexuels commis par des thérapeutes*, 14-16.
- Bessette, M. (2012). *Changements dans la régulation du contre-transfert avec la clientèle souffrant d'un trouble de la personnalité après une supervision centrée sur la théorie de Masterson* (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, Qc. Repéré à <http://depot-e.uqtr.ca/4413/>
- Binder, J. L. (2004). *Key competencies in brief dynamic psychotherapy: Clinical practice beyond the manual*. New York, NY: The Guilford Press.
- Bonitz, V. (2008). Use of physical touch in the « talking cure »: A journey to the outskirts of psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 45, 391-404.
- Book, H. E. (1995). The « erotic transference »: Some technical and countertransference difficulties. *American Journal of Psychotherapy*, 49, 504-513.
- Book, H. E. (1997). *Countertransference and the difficult personality-disordered patient. Treating difficult personality disorders*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- Bordin, E. S. (1979). The generalize ability of psychodynamic concept of working alliance. *Psychotherapy : Theory, Research, and Practice*, 16, 252-260.
- Bordin, E. S. (1983). A working alliance base model of supervision. *Counseling Psychologist*, 11, 35-42.
- Bridges, N. A. (1998). Teaching psychiatric trainees to respond to sexual and loving feelings. *The Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 217-226.

- Carotenuto, A. (1996). *To love to betray*. Wilmette, IL: Chiron.
- Celenza, A. (2010). The guilty pleasure of erotic countertransference: Searching for radial true. *Studies in gender and sexuality*, 11, 175-183.
- Celenza, A. (2007). Analytic love and power: Responsiveness and responsibility. *Psychoanalytic inquiry*, 27, 287-301.
- Chamberland, S. (2016). *L'épuisement professionnel chez le psychothérapeute : l'influence des vulnérabilités narcissiques*. (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, QC. Repéré à <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/8936?show=full>
- Chui, H., Hill, C. E., Kline, K., Kuo, P., & Mohr, J. J. (2016). Are you in the mood? Therapist affect and psychotherapy process. *Journal of Counseling Psychology*, 63, 405-418.
- Clark, M. M. (1986). Personal therapy: Are view of empirical research. *Professional Psychology : Research and Practice*, 17, 541-543
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2<sup>e</sup> éd.). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Commission de l'éthique en science et en technologie. (2013). *Qu'est-ce que la déontologie?* Repéré à [www.ethique.gouv.qc.ca/fr/ethique/quest-ce-que-lethique/quest-ce-que-la-deontologie.html](http://www.ethique.gouv.qc.ca/fr/ethique/quest-ce-que-lethique/quest-ce-que-la-deontologie.html)
- Conte, H. R., Plutchik, R., Picard, S., & Karasu, T. B. (1989). Ethics in the practice of psychotherapy: A survey. *American Journal of Psychotherapy*, 43, 32-42.
- Couillard, M. (2011). *Les représentations graphiques de la détresse psychologique chez les adolescents* (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC. Repéré à <http://depot-e.uqtr.ca/2272/>
- Craig, C. D., & Sprang, G. (2010). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in a national sample of trauma treatment therapists. *Anxiety, Stress, and Coping*, 23, 319-339.
- Davies, J. M. (1998). Between the disclosure and foreclosure of erotic transference-countertransference: Can psychoanalysis find a place for adult sexuality? *Psychoanalytic Dialogues*, 8, 747-766.
- Davis, M. H. (1980). A multidimensional approach to individual differences in empathy. *JSAS Catalog of Selected Documents in Psychology*, 10, 85.

- Dehlendorf, C. E., & Wolfe, S. M. (1998). Physicians Disciplined for Sex-Related Offenses. *Journal of the American Medical Association*, 279, 1883-1888.
- Descôteaux, J., & Laverdière, O. (sous presse). Narcissisme normal et pathologique : exposé intégratif des principales conceptualisations psychanalytiques nord-américaines. *Psychothérapies*, 39.
- De Visscher, H. (2014). Éthique, déontologie : des questions d'animation. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 103, 579-610.
- Diguer, L. (2010). *Échelle de Narcissisme Pathologique. Adaptation française du Pathological Narcissism Inventory (PNI: Pincus et al., 2009)*. Document inédit, École de Psychologie, Université Laval, QC.
- Donaldson, L.J. (1994). Doctors with problems in an NHS workforce. *British Medical Journal*, 308, 1277-1283.
- Douville, L. (2010). *Évolution de la perception de la supervisiion des étudiants en psychologie* (Thèse de doctorat inédite). Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivières, QC. Repéré à <http://depot-e.uqtr.ca/1461/>
- Edelwich, J., & Brodsky, A. M. (1991). *Sexual Dilemmas for the Helping Professional* (2<sup>e</sup> éd.). New York, NY: Brunner/Mazel.
- Epstein, R.S. (1994). *Keeping boundaries: Maintaining safety and integrity in the psychotherapeutic process*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Epstein, R. S., & Simon, R. I. (1990). The Exploitation Index: An early warning indicator of boundary violations in psychotherapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 54, 450-465.
- Epstein, R. S., Simon, R. L., & Kay, G. G. (1992). Assessing boundary violations in psychotherapy: Survey results with the Exploitation Index. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 56, 150-166.
- Fatter, D. M., & Hayes, J. A. (2013). What facilitates countertransference management? The roles of therapist meditation, mindfulness, and self-differentiation. *Psychotherapy Research*, 23, 502-513.
- Fauth, J., & Hayes, J. A. (2006). Counselors' stress appraisals as predictors of countertransference behavior with male clients. *Journal of Counseling and Development*, 84, 430-439.

- Freud, S. (1915). Observations on transference-love. *Technique of psycho-analysis*, 12, 159-171.
- Gabbard, G.O. (1989). Psychodynamic approaches to physician sexual misconduct. Dans J. D. Bloom, C. C. Nadelson, & M. T. Notman (Éds), *Physician Sexual Misconduct*. (pp. 205-223). Arlington, VA : American Psychiatric Association.
- Gabbard, G. O. (1994). Psychotherapists who transgress sexual boundaries with patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 58, 124-135.
- Gabbard, G. O. (1997). Lessons to be learned from the study of sexual boundary violations. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 31, 321–327.
- Gabbard, G. O. (2016). *Boundaries and boundary violations in psychoanalysis*. (2<sup>e</sup> éd.). Arlington, VA: American Psychiatric Association Publishing.
- Gartrell, N., Herman, J., Olarte, S., Feldstein, M., & Localio, R. (1986). Psychiatrist-patient sexual contact: Results of a national survey : I Prevalence. *The American Journal of Psychiatry*, 143, 1126-1131.
- Gelso, C. J., & Bhatia, A. (2012). Crossing theoretical lines: The role and effect of transference in nonanalytic psychotherapies. *Psychotherapy*, 49, 384–390.
- Gelso, C. J., & Hayes, J. A. (1998). *The psychotherapy relationship: Theory, research, and practice*. New York, NY: Wiley.
- Gelso, C. J., Latts, M. G., Gomez, M. J., & Fassinger, R. E. (2002). Countertransference management and therapy outcome: An initial evaluation. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 861-867.
- Gelso, C. J., Palma, B., & Bhatia, A. (2013). Attachment theory as a guide to understanding and working with transference and the real relationship in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 1160-1171.
- Gelso, C. J., Rojas, A. E. P., & Marmarosh, C. (2014). Love and sexuality in the therapeutic relationship. *Journal of Clinical Psychology*, 70, 123-134.
- Glickauf-Hughes, C., & Mehlman, E. (1995). Narcissistic issues in therapists: Diagnostic and treatment considerations. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32, 213-221.
- Greenson, R.R., (1967). *The technique and Practice of Psychoanalysis*. New York, NY: International Universities Press.

- Gunn, J. E., & Pistole, M. C. (2012). Trainee supervisor attachment: Explaining the alliance and disclosure in supervision. *Training and education in professional psychology*, 6, 229-237.
- Gutheil, T.G., & Gabbard, G. O. (1992). Obstacles to the dynamic understanding of therapist-patient sexual relations. *American Journal of Psychotherapy*, 46, 515-525.
- Gutheil, T. G., & Gabbard, G. O. (1993). The concept of boundaries in clinical practice: Theoretical and risk-management dimensions. *American Journal of Psychiatry*, 150, 188-196.
- Hall, K.H. (2001) Sexualization of the doctor-patient relationship: is it ever ethically permissible? *Family Practice*, 18, 511-515.
- Harrison, C., Jones, R. S. P., & Huws, J. C. (2012). « We're people who don't touch »: Exploring clinical psychologists' perspectives on their use of touch in therapy. *Counselling Psychology Quarterly*, 25, 277-287.
- Hayes, J. A. (2002). Playing with fire: Countertransference and clinical epistemology. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 32, 93-100.
- Hayes, J. A. (2004). The inner world of the psychotherapist: A program of research on countertransference. *Psychotherapy Research*, 14, 21-36.
- Hayes, J. A. & Gelso, C. J. (1991). Effects of therapist-trainees' anxiety and empathy on countertransference behavior. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 284-290.
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., Golberg, S. & Kivlighan, D. M. (2018). Countertransference management and effective psychotherapy: Meta-analytic findings. *Psychotherapy*, 55, 496-507.
- Hayes, J. A., Gelso, C. J., & Hummel, A. M. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy*, 48, 88-97.
- Hayes, J. A., McCracken, J. E., McClanahan, M. K., Hill, C. E., Harp, J. S., & Carozzoni, P. (1998). Therapist perspectives on countertransference: Qualitative data in search of a theory. *Journal of Counseling Psychology*, 45, 468-482.
- Hébert, M. (s.d.). *Tribunal des professions: mot du président*. Repéré à [http://www.tribunaux.qc.ca/tribunal\\_professions/](http://www.tribunaux.qc.ca/tribunal_professions/)
- Hendin, H. M., & Cheek, J. M. (1997). Assessing hypersensitive narcissism: A reexamination of Murray's Narcissism Scale. *Journal of Research in Personality*, 31, 588-599.

- Holroyd, J. C. & Brodksy, A. M. (1980). Does touching the patient lead to sexual intercourse? *Professional Psychology, 11*, 807-811.
- Horvath A. O. & Greenberg. L. (1989). Development and validation of the Working Alliance Inventory. *Journal of Counseling Psychology, 36*, 223-233.
- Howard, K. I., Orunsky, D. E., & Hill, J. A. (1969). The therapist's feelings in the therapeutic process. *Journal of Clinical Psychology, 25*, 83-93.
- Hunter, M., & Struve, J. (1998). *The ethical use of touch in psychotherapy*. Thousand Oaks, CA: Sage.
- Jackson, H., & Nuttall, R. L. (2001). A relationship between child abuse and professional sexual misconduct. *Professional Psychology: Research and Practice, 32*, 200-204.
- Jehu, D. (1994). *Patients as victims: sexual abuse in psychotherapy and counseling*. Chichester, ON: John Wiley & Sons.
- Johnson, R. B. & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational researcher, 33*, 14-26.
- Jung, C. G. (1951). Fundamental Questions of Psychotherapy. Dans G. Adler, M. Fordham, H. Read, & W. McGuire (Éds), *The Collected Work of C.G. Jung*, (Vol. 16, pp.116-25). Princeton, NJ: Princeton UP.
- Katsavdakis, K., Gabbard, G. O., & Athey, G. I., Jr. (2004). Profiles of impaired health professionals. *Bulletin of the Menninger Clinic, 68*, 60-72.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1994). Love in the analytic setting. *Journal of the American Psychoanalytic Association, 42*, 1137-1157.
- Kernberg, O. F. (1998). Pathological narcissism and narcissistic personality disorder: Theoretical background and diagnostic classification. Dans E.F. Ronningstam (Éd.), *Disorders of narcissism: Diagnostic, clinical, and empirical implications* (pp. 29-51). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kiesler, D. J. (2001). Therapist countertransference: In search of common themes and empirical referents. *Journal of Clinical Psychology, 57*, 1053-1063.



- Kohut, H. (1971). *The analysis of the self: A systematic approach to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders*. New York, NY: International Universities Press.
- Kohut, H. (1977). *The Restoration of the Self*. New York, NY: International Universities Press.
- Krauss, F.S. (1903). Psychopathia sexualis. *Wiener Klinische Rundschau*, 17, 564-566.
- Lamb, D. H., Catanzaro, S. J., & Moorman, A. S. (2003). Psychologists reflect on their sexual relationships with clients, supervisees, and students: Occurrence, impact, rationales and collegial intervention. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34, 102-107.
- Latts, M. G. (1996). A revision and validation of the countertransference factors inventory. (Doctoral dissertation, University of Maryland, 1997). *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 59,455.
- Latts, M. G. & Gelso, C. J. (1995). Countertransference behavior and management with survivors of sexual assault. *Psychotherapy*, 32, 405–415.
- Ladany, N., Hill, C., Corbett, M., & Nutt, E. (1996). Nature, extent, and importance of what psychotherapy trainees do not disclose to their supervisors. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 10–24.
- Laverdière, O. Kealy, D., Ogrodniczuk, J. S., & Morin, A. J. S. (2018). Psychological health profiles of Canadian psychotherapists: A wake up call on psychotherapists' mental health. *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, 59, 315-322.
- Lecomte, C. (2007). *Quel est le secret des psychothérapeutes efficaces? L'évaluation au service de la réflexivité*. Document inédit.
- Lecomte, C., Savard, R., Drouin, M.-S., & Guillon, V. (2004). Qui sont les psychothérapeutes efficaces? Implications pour la formation en psychologie. *Revue Québécoise de Psychologie*, 25, 73-102.
- Légis Québec (2018, mai 1<sup>er</sup>). *Code de déontologie des psychologues*. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/>
- Lewis, H. (1987). Shame and the narcissistic personality. Dans D. Nathanson (Éd.), *The Many Faces of Shame* (pp. 93-132). New York, NY: Guilford Press.
- Linley, P. A., & Joseph, S. (2007). Therapy work and therapists' positive and negative well-being. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26, 385-403.

- Little, R. (2018) The Management of Erotic/Sexual Countertransference Reactions: An Exploration of the Difficulties and Opportunities Involved, *Transactional Analysis Journal*, 48, 224-241.
- Luchner, A. F., Mirsalimi, H., Moser, C. J., & Jones, R. A. (2008). Maintaining boundaries in psychotherapy : Covert narcissistic personality characteristics and psychotherapists. *Psychotherapy : Theory, Research, Practice, Training*, 45, 1-14.
- Lussier, E. (2015). *Étude sur le contre-transfert et l'empathie des thérapeutes travaillant avec une clientèle présentant un trouble de la personnalité limite ou narcissique*. (Thèse de doctorat inédite). Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Qc. Repéré à <https://savoirs.usherbrooke.ca/handle/11143/6805>
- Lussier, Y. (1996). Traduction du Interpersonal Reactivity Index de Davis (1980). Document inédit, Université du Québec à Trois-Rivières, Trois-Rivière, Qc.
- Lussier, Y., & Lemelin, C. (2002). Profil des hommes à comportements violents ayant fait une demande d'aide à un organisme de traitement en violence masculine. *Rapport de recherche soumis aux centres de traitement pour hommes à comportements violents*, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Mahler, M. (1968). *On human symbiosis and vicissitudes of individuation*. New York, NY: International Universities Press.
- Mann, D. (2003). *Psychotherapy: an Erotic Relationship. Transference and Countertransference Passions*. Londres, Angleterre : Routledge.
- Massé, R., Poulin, C., Dassa, C., Lambert, J., Bélair, S., Battaglini, M.A. (1998). Élaboration et validation d'un outil de mesure de la détresse psychologique dans une population non clinique de Québécois francophones : l'ÉMMBEP. *Canadian Journal of Public Health*, 89, 183-187.
- Matell, M. S., & Jacoby, J. (1972). Is there an optimal number of alternatives for Likert Scale items? Effects of testing time and scale properties. *Journal of Applied Psychology*, 56, 506-509.
- McDevitt, J. W. (1987). Therapists' personal therapy and professional self-awareness. *Psychotherapy*, 24, 693-703.
- Messman-Moore, T. L., & Long, P. J. (2003). The role of childhood sexual abuse sequelae in sexual revictimization: An empirical review and theoretical reformulation. *Clinical Psychology Review*, 23, 537-571.

- Miller, A. (1979). *Le drame de l'enfant doué*. Paris, France : Presses Universitaires de France.
- Miller, I. J. (1992). Interpersonal vulnerability and narcissism: A conceptual continuum for understanding and treating narcissistic psychopathology. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 29, 216–224.
- Norcross, J., & VandenBos, G. R. (2018). *Leaving it at the office: A guide to psychotherapist self-care* (2<sup>e</sup> éd.). New York, NY: Guilford Press.
- Ordre des psychologues du Québec (2006). *Fiche déontologique : Décisions en matière disciplinaire pour l'année 2005-2006 et nature des conciliations réalisées* (Volume 7, numéro 3). Repéré à [www.ordrepsy.qc.ca/documents](http://www.ordrepsy.qc.ca/documents)
- Ordre des psychologues du Québec (2002). *Fiche déontologique : Éléments de clarification en ce qui a trait à l'inconduite sexuelle* (Volume 3, numéro 2). Repéré à [www.ordrepsy.qc.ca/documents](http://www.ordrepsy.qc.ca/documents)
- Ordre des psychologues du Québec (s.d.) *Qu'est-ce qu'un syndic?* Repéré à [www.ordrepsy.qc.ca/qu-est-ce-qu-un-syndic](http://www.ordrepsy.qc.ca/qu-est-ce-qu-un-syndic)
- Paillé, P., & Muchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. (3<sup>e</sup> éd.). Paris, France: Armand Collin.
- Pakdaman, S., Shafranske, E., & Falender, C. (2015). Ethics in supervision: Consideration of the supervisory alliance and countertransference management of psychology doctoral students. *Ethics & Behavior*, 25, 427-441.
- Peabody, S. A., & Gelso C. J. (1982). Countertransference and empathy: The complex relationship between two divergent concepts in counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 29, 240-245.
- Perlman, S. D. (2009). Falling into sexuality: Sexual boundary violations in psychotherapy. *Psychoanalytic Review*, 96, 917-41.
- Perry, J. A. (1976). Physicians' erotic and nonerotic physical involvement with patients. *The American Journal of Psychiatry*, 133, 838-840.
- Pincus, A. L. (2013). The Pathological Narcissism Inventory. Dans J. Ogrudniczuk (Éd.), *Understanding and treating pathological narcissism* (pp. 93–110). Washington, DC: American Psychological Association.

- Pope, K. S., Keith-Spiegel, P., & Tabachnick, B. G. (2006). Sexual attraction to clients: The human therapist and the (sometimes) inhuman training system. *Training and Education in Professional Psychology*, 96-111.
- Pope, K. S., Sonne, J. L., & Greene, B. (2006). *Therapists' sexual arousals, attractions, and fantasies: An example of a topic that isn't there*. (pp. 27-41). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pope, K. S., Sonne, J. L., & Holroyd, J. (1993). Frequent reactions to sexual feelings in therapy. (pp. 79-101). Washington, DC: American Psychological Association.
- Pope, K. S., Sonne, J. L., & Holroyd, J. (1993). *Sexual feelings in psychotherapy: Explorations for therapists and therapists-in-training*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Pope, K. S., & Tabachnick, B. G. (1993). Therapists' anger, hate, fear, and sexual feelings: National survey of therapist responses, client characteristics, critical events, formal complaints, and training. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 142-152.
- Pope, K. S., Tabachnick, B. G., & Keith-Spiegel, P. (1987). Ethics of practice: The beliefs and behaviors of psychologists as therapists. *American Psychologist*, 42, 993-1006.
- Poulson, C. (2000). *Shame: the master emotion ?* Document inédit, University of Tasmania, Australie. Repéré à [eprints.utas.edu.au/1471/1/Shame\\_the\\_Master\\_Emotion\\_.pdf](http://eprints.utas.edu.au/1471/1/Shame_the_Master_Emotion_.pdf)
- Racker, H. (1968). *Transference and countertransference*. New York, NY: International Universities Press.
- Robbins, S. B., & Jolkovski, M. P. (1987). Managing countertransference feelings: An interactional model using awareness of feeling and theoretical framework. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 276-282.
- Rosenberger, E. W., & Hayes, J. A. (2002). Origins, consequences, and management of counter transference: A case study. *Journal of Counseling Psychology*, 49, 221-232.
- Russell, G. A. (1985). Narcissism and the narcissistic personality disorder: A comparison of the theories of Kernberg and Kohut. *British Journal of Medical Psychology*, 58, 137-148.

- Ryff, C. D. (1989). Happiness Is Everything, or Is It? Explorations on the Meaning of Psychological Well-Being. *Journal of personality and social psychology*, 57, 1069-1081.
- Sandler, A., & Godley, W. (2004). Institutional responses to boundary violations: The case of Masud Khan. *International Journal of Psychoanalysis*, 85, 27-42.
- Sarkar, S. (2004). Boundary violation and sexual exploitation in psychiatry and psychotherapy: A review. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10, 312-320.
- Schore, A. N. (2003). *Affect Regulation and the repair of the self*. New York, NY: W.W. Norton.
- Seligman, M. E. P. (2004). *Le bonheur authentique*. Québec : Les Éditions Goélette.
- Simon, R. I. (1995). The natural history of therapist sexual misconduct: Identification and prevention. *Psychiatric Annals*, 25, 90-94.
- Slochower, J. (2017). Introduction to panel: Ghosts that haunt - sexual boundary violations in our communities. *Psychoanalytic Dialogues*, 27, 61-66.
- Spero, H. M. (1984). Shame. An objectcal-relation formulation, *Psychoanalytic Study of the Child*, 39, 259-282.
- Spickard, W. A., Swiggart, W. H., Manley, G. T., Samenow, C. P., & Dodd, D. T. (2008). A continuing medical education approach to improve sexual boundaries of physicians, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 72, 38-53.
- Spielberger, C. D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory STAI* California: Consulting Psychology Press.
- Stirzaker, A. (2000). The taboo which silences: Is erotic transference a help or a hindrance in the counselling relationship? *Psychodynamic Counselling*, 6, 197-213.
- Strean, H. S. (2001). Countertransference: An introduction. Dans H. S. Strean (Éd.), *Controversies on countertransference* (pp. 1-24). Lanham, MD: Jason Aronson.
- Streiner, D. L. (2003). Starting at the begining: An Introduction to Coefficient Alpha and Internal Consistency. *Journal of personality assessment*, 80, 99-103.
- Sussman, M. B. (1992). *A curious calling: Unconscious motivations for practicing psychotherapy*. Northvale, NJ: J. Aronson.

- Swiggart, W., Feurer, I. D., Samenow, C., Delmonico, D. L., & Spickard, W. A. (2008). Sexual boundary violation index: A validation study. *Sexual Addiction and Compulsivity*, 15, 176-190.
- Tansey, M. J. (1994). Sexual attraction and phobic dread in the countertransference. *Psychoanalytic Dialogues*, 4, 139-152.
- Tansey, M. J., & Burke, W. F. (1989). *Understanding countertransference: From projective identification to empathy*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Tisseron, S. (2006). De la honte qui tue à la honte qui sauve. *Le Coq-héron*, 184, 18-31.
- Tisseron, S. (2014). *La honte : psychanalyse d'un lien social*. (3<sup>e</sup> éd.). Paris, France : Dunod.
- Turmel, V. (2014). *Validation de la structure interne d'une version francophone du Pathological Narcissism Inventory (PNI)* (Thèse de doctorat inédite). Université Laval, Québec, QC. Repéré à <https://corpus.ulaval.ca/jspui/handle/20.500.11794/25221>
- Twenge, J. M., & Campbell, W. K. (2009). *The narcissism epidemic: Living in the age of entitlement*. New York, NY: Free Press.
- Valiquette, M. (2007, avril). Le rapprochement sexuel thérapeute-patient. *Les cahiers de PV : les abus sexuels commis par des thérapeutes*, 2-6.
- Van Wagoner, S. L., Gelso, C. J., Hayes, J. A., & Diemer, R. A. (1991). Countertransference and the reputedly excellent therapist. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28, 411-421.
- Waisman, C. J. (2017). *The intersection of professional boundaries and trauma in psychotherapy with adolescents: a preliminary study*. (Philosophiae Doctor (Ph D.), Smith College School for Social Work.). Repéré à « ProQuest Dissertations & Theses Global ».
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate : Models, methods and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wrye, H. K., & Welles, J. K. (1989). The maternal erotic transference. *International Journal of Psycho-Analysis*, 70, 673-684.
- Wurmser L. (1987). Shame, the veiled companion of narcissism., Dans D. Nathanson (Éd.), *The Many Faces of Shame* (pp. 64-92). New York, NY: The Guilford Press.

- Yulis, S., & Kiesler, D. J. (1968). Countertransference response as a function of therapist anxiety and content of patient talk. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 32, 414-419.
- Zur, O., & Nordmarken, N. (2011). To Touch Or Not To Touch: Exploring the Myth of Prohibition On Touch In Psychotherapy And Counseling. Récupéré le 27 novembre 2014 de l'adresse <http://www.zurinstitute.com/touchintherapy.html>

**Appendice A**  
Courrier électronique de l'OPQ



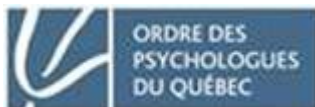
Chers collègues,

Dans le cadre de sa politique de soutien à la recherche, l'Ordre des psychologues du Québec vous transmet cette invitation à participer à une recherche qui porte sur la gestion défaillante du contre-transfert érotique. Cette recherche est menée par Laurie Laberge, doctorante en psychologie à l'Université de Sherbrooke, sous la direction du Dr Jean Descôteaux, psychologue et professeur agrégé au département de psychologie de l'Université de Sherbrooke. Cette recherche n'est pas une recherche de l'Ordre et l'Ordre n'y collabore pas non plus.

Les psychologues et psychothérapeutes intéressés par cette recherche sont invités à prendre connaissance de la lettre d'invitation ci-jointe. Pour toute question concernant ce projet de recherche, veuillez communiquer avec madame Laberge à l'adresse courriel suivante : [\\*\\*\\*\\*\\*@USherbrooke.ca](mailto:*****@USherbrooke.ca)

En vous remerciant de votre habituelle collaboration,

Le service des communications  
Ordre des psychologues du Québec



## **Appendice B**

Message de sollicitation aux participants

**Objet :** Invitation à participer à une recherche portant sur la gestion du contre-transfert érotique

Bonjour,

Mon nom est Laurie Laberge et je suis candidate à l'obtention du doctorat en psychologie clinique (D.Ps.) de l'Université de Sherbrooke. Je vous écris dans le but de solliciter votre aide pour la réalisation de ma thèse doctorale qui vise à mieux comprendre la gestion du contre-transfert érotique. Je suis présentement à la recherche de psychologues et d'aspirants psychologues qui seraient intéressés à compléter des questionnaires en ligne à ce sujet. Je vous invite à prendre connaissance de l'information sur la recherche ainsi qu'à la faire circuler au sein de votre réseau à toute personne susceptible d'être intéressée.

*Voici les informations sur la recherche :*

*Cette recherche est effectuée sous la direction de Jean Descôteaux, professeur agrégé au Département de psychologie de l'Université de Sherbrooke. La participation à cette recherche est totalement volontaire et anonyme. Si vous êtes psychologue, membre de l'Ordre des psychologues du Québec ou aspirant psychologue (stagiaire, interne ou candidat à la profession — inscrit dans un programme doctoral en psychologie) et que vous avez une pratique clinique active (au moins 10 heures de contact client par semaine depuis au moins 6 mois) ce message a pour but de solliciter votre participation à une recherche qui s'intéresse à mieux comprendre les facteurs associés à la gestion du contre-transfert érotique. Votre participation est très précieuse et pourrait vous être bénéfique à plusieurs égards.*

*Elle implique de répondre à un questionnaire électronique d'environ 45 minutes. Vous trouverez davantage d'informations relatives à la recherche ainsi que les questionnaires au lien internet suivant : (lien Simple Sondage).*

*N'hésitez pas à transmettre le lien de cette étude à d'autres membres de votre réseau, psychologues ou aspirants psychologues susceptibles d'y être intéressés, votre aide sera grandement appréciée!*

*En vous remerciant à l'avance pour l'intérêt porté à ce projet,*

*Laurie Laberge, doctorante en psychologie clinique — Université de Sherbrooke*



\*\*\*\_\*\*\*\_\*\*\*\*

*Courriel : \*\*\*\*\*@usherbrooke.ca*

**Appendice C**  
Formulaire d'information et de consentement

## **FORMULAIRE D'INFORMATION SUR LA RECHERCHE**

### **Objectifs**

Cette recherche vise à mieux comprendre la gestion du contre-transfert érotique. Plus spécifiquement, elle vise à mieux connaître les facteurs pouvant faciliter une gestion efficace de ce type de contre-transfert ainsi que les facteurs de risques potentiellement associés à une gestion défailante de ce contre-transfert.

### **Critères d'admissibilité**

1. Être psychologue ou psychothérapeute - **ou** aspirant psychologue (stagiaire, interne ou candidat à la profession de psychologue) **et**
2. Avoir une pratique clinique active (au moins 10 heures de contact client par semaine depuis au moins 6 mois)

### **Nature de la participation**

Pour prendre part à ce projet, vous devez être psychologue, psychothérapeute ou aspirant psychologue. Votre participation implique de répondre de façon anonyme à un questionnaire électronique d'environ 45 minutes, dans lequel il vous est demandé de fournir des informations d'ordre sociodémographique, utilisées à des fins statistiques (p. ex., âge, sexe, statut civil, durée de la relation) et de fournir votre degré d'accord avec des énoncés concernant divers aspects de votre personnalité ainsi que de votre pratique professionnelle, par exemple sur une échelle de 1 à 5. Pendant une section de questionnaire, vous serez également invités à élaborer votre réponse à l'aide de quelques phrases (environ 10 phrases).

Tout au long de votre participation à cette étude, nous vous invitons à vous référer à la définition suivante du contre-transfert érotique :

*Le contre-transfert érotique implique amour, sexualité et beaucoup plus. Il inclut toutes les pensées sensuelles ou sexuelles que le thérapeute peut ressentir envers le patient et inclut non seulement l'attirance et l'excitation sexuelle (béguin, fantasme, désir de se rapprocher), mais également l'anxiété ou l'énervement généré par ce type de sentiment. (Mann, D., 2003, [p.6] [traduction libre])*

### **Bénéfices**

La participation à cette étude vous offre une occasion de réfléchir à une réalité propre à votre pratique professionnelle qui est rarement abordée dans la formation ou dans la pratique, soit le contre-transfert érotique. En participant à cette recherche, vous collaborerez à l'avancement des connaissances sur un thème de recherche en psychologie qui est encore peu connu et peu développé. Les conclusions obtenues contribueront à donner une direction aux recherches futures dans ce domaine. L'avancement des

connaissances sur la gestion du contre-transfert érotique permettra de sensibiliser et d'informer les psychologues face aux facteurs pouvant faciliter une gestion efficace du contre-transfert érotique ainsi que de sensibiliser les psychologues quant aux enjeux et risques liés à la gestion défaillante du contre-transfert érotique en thérapie et ainsi, d'encourager une formation plus adéquate.

### **Risques, inconvénients et inconforts**

Il est possible que certaines personnes éprouvent quelques inconforts quant à la longueur du questionnaire ou à la prise de conscience de certains aspects de leur pratique professionnelle.

Voici une référence à votre disposition si vous ressentez le besoin de parler à un psychologue après avoir complété le questionnaire:

Centre d'intervention psychologique de l'Université de Sherbrooke (CIPUS) :  
Information : \*\*\*\*, poste \*\*\* ou (site web du CIPUS)

### **Résultats de la recherche et publication**

L'information recueillie sera utilisée uniquement pour fins de communication scientifique et professionnelle ou pour des fins d'enseignement. Dans ce cas, rien ne permettra d'identifier les personnes ayant participé à la recherche.

### **Protection des renseignements personnels et confidentialité**

Aucune donnée permettant de vous identifier personnellement (nom, coordonnées) ne sera recueillie par le questionnaire ou incluse dans la base de données utilisée pour la présente étude. Les données seront conservées en lieu sûr (sous clé) dans un fichier informatisé dont l'accès nécessitera un mot de passe. Seule la responsable du projet et son directeur de thèse auront accès aux données, et celles-ci seront traitées de façon strictement confidentielle. Il est assuré que la diffusion des résultats (articles et communications scientifiques, thèse de doctorat, formation, consultation ou enseignement) portera uniquement sur les résultats généraux qui auront été obtenus. L'anonymat des personnes ayant pris part à l'étude sera garanti en tout temps.

Par ailleurs, veuillez noter que si vous décidez de suspendre momentanément votre passation dans l'optique de la poursuivre plus tard, vos réponses seront sauvegardées et donc possiblement accessibles via l'historique de navigation de l'ordinateur que vous utilisez. Si vous remplissez le questionnaire sur un ordinateur public ou sur votre lieu de travail, dans le but d'assurer la confidentialité de vos réponses, il serait donc souhaitable de ne pas suspendre votre passation si vous désirez que vos réponses ne soient pas sauvegardées dans l'historique.

### **Responsable de la recherche (à contacter pour toute question relative à l'étude)**

L'étudiante Laurie Laberge, doctorante à l'université de Sherbrooke, peut être contactée par téléphone au \*\*\*-\*\*\*-\*\*\*, ou par courriel à : \*\*\*@\*\*\*\*

Le chercheur Jean Descôteaux, Ph.D., professeur agrégé au département de psychologie de l'Université de Sherbrooke, peut être contacté par téléphone au numéro sans frais suivant \*\*\*\*\* ou au \*\*\*\*\*, poste \*\*\*\*. Ce dernier est aussi rejoignable par courriel à \*\*\*\*\*.

Le Comité d'éthique de la recherche - Lettres et sciences humaines de l'Université de Sherbrooke a approuvé ce projet de recherche et en assurera le suivi. Pour toute question concernant vos droits en tant que participant à ce projet de recherche ou si vous avez des commentaires à formuler, vous pouvez communiquer avec ce comité au numéro de téléphone \*\*\*\* poste \*\*\*\*\* (ou sans frais au \*\*\*\*\*) ou à l'adresse courriel \*\*\*\*\*

### **Droit de retrait de la participation sans préjudice**

Votre participation au projet décrit ci-dessus est tout à fait volontaire et vous restez, à tout moment, libre d'y mettre fin sans avoir à motiver votre décision, ni à subir de préjudice. Il vous suffit de cesser de répondre au questionnaire en fermant la fenêtre de votre navigateur web. Le cas échéant, les premières réponses fournies seront détruites.

Après la soumission de votre formulaire, un numéro de participation vous sera remis. On vous recommandera de préserver ce numéro puisque, s'il advenait que vous décidiez de demander le retrait de votre participation à l'étude, ce numéro permettra de repérer votre formulaire afin de le détruire tout en préservant l'anonymat de vos réponses.

### **Déclaration de responsabilité des chercheurs de l'étude**

Je, Laurie Laberge, chercheure de l'étude, déclare que moi-même ainsi que mon directeur de thèse sommes responsables du déroulement du présent projet de recherche et nous engageons à respecter les obligations énoncées dans ce document.

### **Consentement libre et éclairé**

J'atteste avoir lu le présent formulaire. Je comprends la nature et le motif de ma participation au projet. Je comprends que le fait de répondre au questionnaire électronique représente mon consentement à prendre part à l'étude présentée dans le présent formulaire.

*\* Dans certains des questionnaires qui suivent, le masculin est utilisé pour alléger les questions, et ce, sans préjudice pour la forme féminine.*

\*Acceptez-vous de participer à ce projet de recherche?

☐

Oui

☐

Non

**Appendice D**  
Questionnaire sociodémographique & section qualitative



## Questionnaire sur le contre-transfert érotique

### Section 1 : Informations sociodémographiques

De quel sexe êtes-vous?

☐ Féminin

☐ Masculin

☐ Autre

\*Quel âge avez-vous?

Dans quelle(s) région(s) administrative(s) du Québec exercez-vous votre pratique professionnelle?

☐ Bas-Saint-Laurent

☐ Nord-du-Québec

☐ Outaouais

☐ Côte-Nord

☐ Mauricie

☐ Laurentides

☐ Saguenay-Lac-Saint-Jean

☐ Montérégie

☐ Abitibi-Témiscamingue

☐ Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine

☐ Estrie

☐ Chaudières-Appalaches

☐ Capitale-Nationale

☐ Laval

☐ Centre-du-Québec

☐ Montréal

☐ Lanaudière

Quel niveau de scolarité avez-vous complété?

- ☐ Baccalauréat
- ☐ Maîtrise
- ☐ Doctorat (Ph.D ou D.Ps)

Dans quelle discipline avez-vous obtenu votre diplôme?

- ☒ Psychologie      ☐ Orientation      ☐ Criminologie
- ☐ Psychiatrie      ☐ Ergothérapie      ☐ Travail social
- ☐ Soins infirmiers      ☐ Sexologie      ☐ Autre

Au cours des 6 derniers mois, en moyenne, environ combien d'heures de pratique clinique avez-vous par semaine?

- ☐ Moins de 10 heures/semaine      ☐ Entre 30 à 40 heures/semaine
- ☐ Entre 10 à 20 heures/semaine      ☐ Plus de 40 heures/semaine
- ☐ Entre 20 à 30 heures/semaine

Combien d'années d'expérience de pratique clinique avez-vous?

- ☒ Moins de 5 ans d'expérience
- ☐ Entre 5 à 10 ans      ☐ Entre 20 à 25 ans
- ☐ Entre 10 à 15 ans      ☐ Plus de 25 ans d'expérience
- ☐ Entre 15 à 20 ans

Dans quel(s) milieu(x) exercez-vous votre pratique clinique?

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Centre hospitalier                                   | <input type="checkbox"/> Centre de services aux étudiants                      |
| <input type="checkbox"/> Centre de santé et de services sociaux(CSSS) ou CLSC | <input type="checkbox"/> Programme d'aide aux employés (PAE)                   |
| <input type="checkbox"/> Pratique privée                                      | <input type="checkbox"/> Autre(s), veuillez préciser :<br><input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Organisme communautaire                              |  |
| <input type="checkbox"/> Milieu scolaire                                      |  |

Dans le cadre de votre pratique professionnelle, travaillez-vous plus spécifiquement avec une ou des problématiques particulières (p.ex. : troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles de personnalité, troubles psychotiques, etc.)?

☒ Oui

☐ Non

Si oui, laquelle/lesquelles?

Avec quelle(s) clientèle(s) exercez-vous votre pratique professionnelle?☐ Enfants

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Adolescents     | <input type="checkbox"/> Familles  |
| <input type="checkbox"/> Adultes         | <input type="checkbox"/> Groupes   |
| <input type="checkbox"/> Personnes âgées | <input type="checkbox"/> Autre(s), veuillez préciser :<br><input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Couples         |  |

À quelle(s) orientation(s) théorique(s) vous identifiez-vous?☐ Cognitive / Comportementale

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Existentielle / Humaniste    | <input type="checkbox"/> Gestalt / Relations d'objet   |
| <input type="checkbox"/> Analytique / Psychodynamique | <input type="checkbox"/> Systémique / Interactionnelle |

☐ Autre(s), veuillez préciser :

## Section 2 : Questions à choix multiples relatives au contre-transfert

### Dans le cadre de ma formation en psychologie :

Dans le cadre de ma formation universitaire, on m'a initié à une ou des théorie(s) sur le contre-transfert.

☐ Oui

☐ Non

Je considère que mon degré de connaissances actuelles relatives au processus de contre-transfert en général est : ☐ Aucune connaissance

☐ Peu de connaissances

☐ Connaissances moyennes

☐ Bonnes connaissances

☐ Très bonnes connaissances

Dans le cadre de ma formation universitaire, j'ai été sensibilisé(e) au contre-transfert érotique.

☐ Oui

☐ Non

Si oui, dans quel(s) contexte(s)?

Je considère que mon degré de connaissances actuelles relatives au contre-transfert érotique est : ☐ Aucune connaissance

☐ Peu de connaissances

☐ Bonnes connaissances

☐ Connaissances moyennes

☐ Très bonnes connaissances

Mon degré de confiance envers ma capacité à gérer un contre-transfert érotique s'il survient dans un processus thérapeutique est

☐ Très faible

☐ Faible

☐ Moyen

☐ Élevé

☐ Très élevé

\*Au cours de votre pratique, combien de fois avez-vous ressenti un contre-transfert érotique envers un(e) client(e) ?

☐ Jamais

☐ Rarement

☐ À l'occasion

☐ Souvent

☐ Très souvent

### Section 3: Questions ouvertes

La section suivante comporte huit questions à court développement (environ 10 phrases) portant sur votre expérience en lien avec la gestion du contre-transfert érotique. Pour cette section, nous vous demandons de répondre avec autant de précision que possible afin que nous puissions bien saisir l'essence de votre vécu. Si vous n'avez jamais ressenti un contre-transfert érotique, veuillez vous rendre directement à la partie 3 de ce questionnaire.

1. On vous demande ici de vous remémorer une relation thérapeutique dans laquelle vous avez vécu un contre-transfert érotique et dans laquelle la trajectoire de ce contre-transfert a représenté un résultat insatisfaisant pour vous. Pouvez-vous décrire la trajectoire de votre contre-transfert érotique lors de cette expérience?

*\* Si vous n'avez jamais vécu une telle situation, veuillez vous rendre directement à la question 7 de la présente section ou appuyer sur le bouton "page suivante" au bas de la page.*

2. Avez-vous pris des moyens pour gérer votre contre-transfert érotique dans cette situation? Si oui, lesquels?

3. Auriez-vous souhaité réagir différemment face à ce type de contre-transfert? Si oui, comment auriez-vous souhaité réagir?

4. Lors de cette expérience, avez-vous parlé à votre superviseur ou à un collègue de votre contre-transfert érotique? Pourquoi? (Si oui, veuillez spécifier s'il s'agissait d'un superviseur ou d'un collègue.)

5. Si vous avez parlé de votre contre-transfert érotique à votre superviseur ou à un collègue, comment pourriez-vous qualifier cette expérience? Pourquoi?

6. Lors de cette expérience, votre superviseur ou votre collègue aurait-il pu mieux vous aider? Si oui, comment?

7. Comment pourriez-vous décrire la formation que vous avez reçue en matière de gestion de contre-transfert érotique?
8. S'il y a lieu, quelle(s) recommandation(s) feriez-vous concernant la formation professionnelle des psychologues concernant la gestion de contre-transfert érotique?

**Appendice E**  
Countertransference Factors Inventory  
(Version autorévélee du CFI)



**Document retiré pour respect du droit d'auteur.**

**Document retiré pour respect du droit d'auteur.**

**Document retiré pour respect du droit d'auteur.**

**Appendice F**  
Questionnaire sur le contre-transfert (QCT)

**Document retiré pour respect du droit d'auteur.**

**Document retiré pour respect du droit d'auteur.**

**Document retiré pour respect du droit d'auteur.**

**Appendice G**  
Échelle de narcissisme pathologique (ÉNP)



**Document retiré pour respect du droit d'auteur.**

**Document retiré pour respect du droit d'auteur.**

**Document retiré pour respect du droit d'auteur.**

## **Appendice H**

Échelle de mesure des manifestations de la détresse psychologique (ÉMMDP)

**Document retiré pour respect du droit d'auteur.**

**Appendice I**  
Exploitation Index (EI)

**Document retiré pour respect du droit d'auteur.**

**Document retiré pour respect du droit d'auteur.**

**Document retiré pour respect du droit d'auteur.**



**Document retiré pour respect du droit d'auteur.**

**Document retirée pour respect du droit d'auteur.**

**Appendice J**  
Interpersonal Reactivity Index (IRI)

**Document retiré pour respect du droit d'auteur.**

**Document retiré pour respect du droit d'auteur.**

## **Appendix K**

*Working Alliance Inventory – Trainee (WAI-T)*

**Document retiré pour respect du droit d'auteur.**

**Document retiré pour respect du droit d'auteur.**



**Appendice L**  
*Hypersensitive narcissism scale (HSNS)*

**Document retiré pour respect du droit d'auteur.**

**Appendice M**  
Autorisation à utiliser WAI-T

## Échanges courriels

Date : 03-04-2019  
De : Laurie Laberge  
À : [Lyne Douville](#)

Bonjour Madame Douville,

Mon nom est Laurie Laberge et je suis candidate à l'obtention du doctorat en psychologie clinique (D.Ps.) de l'Université de Sherbrooke. Je vous écris dans le but de solliciter votre aide pour la réalisation de ma thèse doctorale qui vise à mieux comprendre la gestion du contre-transfert érotique. Je me demandais si je pouvais obtenir votre autorisation à utiliser votre version du WAI-T pour ma recherche, en spécifiant évidemment qu'il s'agit de la version que vous avez colligée dans le cadre de vos études doctorales et en incluant votre thèse dans la liste des références. J'attends votre réponse. Merci !

*Laurie Laberge,*  
Doctorante en psychologie clinique

Date :03-04-2019  
De : [Lyne](#) Douville  
À : Laurie Laberge

Bonsoir Madame Laberge,

Il n'y a pas de problème.

Bonne continuité dans votre démarche,

Lyne Douville